



# Etat des lieux et propositions en vue de la préparation des ordonnances sur la « recertification » des professionnels de santé à ordre

Rapport

**Jean-Philippe VINQUANT**

**Membre de l'Inspection générale des affaires sociales**

**Avec le concours d'Anne-Caroline SANDEAU-GRUBER**

2020-028R  
Février 2021



## SYNTHÈSE

L'objectif de doter notre pays d'un dispositif d'entretien et de validation régulière des compétences et connaissances des professionnels de santé est très légitime.

Par rapport aux pays comparables, la France se distingue par l'absence d'un dispositif cadré et organisé pour faire respecter le principe d'entretien des compétences, qui est une obligation déontologique, et, pour sa partie "formation continue", une obligation légale au travers du développement professionnel continu (DPC). Il est en effet internationalement documenté que la formation, l'échange sur les pratiques et un bon niveau d'activité contribuent à une meilleure qualité des pratiques.

Le Pr Serge Uzan, s'appuyant sur un comité de pilotage dynamique, a pu réunir un consensus global sur ses propositions s'agissant des médecins, sur lequel le gouvernement s'est appuyé pour indiquer qu'il était favorable aux principes proposés par le comité et proposer un article de loi.

Faisant suite à ce bon accueil, l'article 5 de la loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019, relative à l'organisation et à la transformation du système de santé, prévoyait la création par ordonnance d'un dispositif de recertification professionnelle pour la profession de médecin, élargi lors du débat parlementaire à la demande des Ordres concernés à six autres professions : chirurgien-dentiste, sage-femme, pharmacien, infirmier, masseur-kinésithérapeute et pédicure-podologue.

L'article 5 prévoyait deux ordonnances, l'une pour les médecins dans un délai d'un an à compter de la promulgation de la loi, l'autre pour les six autres professions dans un délai de deux ans. Les délais ont été alignés à juillet 2021 par amendement ultérieur pour les deux types de professions.

Compte tenu du fait que les travaux du comité de pilotage ne portaient que sur les médecins, et que de nombreux points devaient être précisés et approfondis par rapport au rapport de 2018 et à l'étude d'impact de l'article 3 initial de la loi, la ministre des solidarités et de la santé a demandé un appui à l'IGAS afin de renforcer l'action de la DGOS dans le cadre d'une mission d'accompagnement à la conception et à la conduite de la réforme. Cette mission a été confiée initialement à Anne-Caroline Sandeau-Gruber et Jean-Philippe Viquant.

La mission IGAS a travaillé dans le contexte de crise Covid 19 qui a rendu à la fois complexe le travail de préparation des ordonnances – les interlocuteurs des professions et institutions concernées étant fortement mobilisés – et sensible le fait de mettre sur la table discuter un dispositif nouveau pour les professionnels de santé.

Néanmoins, la mission, quand elle a pu entamer en décembre 2020 à la demande du cabinet du ministre la phase de consultations et d'échanges directs pour relever les attentes, positions ou réserves des parties prenantes, a trouvé un bon accueil et des interlocuteurs prêts à envisager la mise en place d'une démarche de recertification, fixant le cas échéant certains préalables comme la garantie d'un accès effectif aux actions de développement et de formation professionnelle continue.

Par ailleurs, la mission a pu mesurer que la dimension visant à « donner du sens » à la recertification et d'accompagner les professionnels pour les aider à y souscrire, aura une grande importance dans les chances de succès d'un tel dispositif.

Comme le gouvernement dispose d'une assez grande latitude dans la conception du ou des dispositifs, dès lors qu'il respecte le champ d'habilitation de l'article 5, et qu'il ne s'éloigne pas des

objectifs affichés dans l'étude d'impact du projet de loi concernant l'article 3 initial, **la mission a sollicité ses interlocuteurs sur les options envisageables pour conduire une démarche de recertification qui soit acceptée, simple dans sa gestion et exigeante sur le fond.**

Il était particulièrement important de sonder et de faire des propositions sur cinq points :

- Les objectifs, contenu et résultats attendus de la réforme, notamment par rapport aux dispositifs existants, et son articulation avec ces derniers ;
- La confirmation des propositions du comité Uzan d'ajouter de nouvelles dimensions en sus du DPC et de l'accréditation (activité professionnelle suffisante, démarches d'amélioration de la qualité de la relation avec les patients, attention des professionnels à leur propre santé, absence de signaux « négatifs » dans l'activité) ;
- Le périmètre des professionnels concernés et de l'obligation (la mission préconise une obligation pour tous les professionnels, selon des modalités différenciées) ;
- Le suivi et la sanction de la recertification ;
- Le choix des pilotes et le financement.

Sur tous ces points, après de longues discussions et réflexions, la mission pense avoir ainsi testé des options qui rendraient le projet de recertification réalisable, pour peu qu'on se donne le temps de bien le préparer et le temps aux professionnels pour y entrer dans de bonnes conditions.

S'inscrivant dans l'intuition du rapport du Pr Uzan, le système proposé par la mission d'un compte individuel alimenté au fil de l'eau sur une période de 6 ans et permettant d'acquérir des crédits par différents d'actions aurait le mérite de la simplicité, de l'équité et de l'économie de moyens.

Ce dispositif de recertification pourrait faire sens à la fois aux yeux des professionnels, des institutions et du public en prolongeant et s'appuyant sur la formation initiale suivie, sans la dupliquer et en l'actualisant et en l'appréciant « en situation de travail » ; en s'articulant avec les dispositifs existants notamment de DPC, de qualité et de maîtrise des risques sans les redonder. L'annexe 3 présente de façon synthétique les dispositifs en vigueur et le champ proposé pour la démarche de recertification.

Il serait compréhensible et lisible, fonctionnant sur la confiance, en privilégiant la déclaration d'actions validées, vérifiées ou labellisées ou, à défaut, l'autoévaluation et en limitant au maximum les charges de gestion pour les professionnels, les employeurs et les institutions qui le gèrent.

Il serait également crédible et exigeant, assorti de contrôles, pour apporter une vraie valeur ajoutée et mieux garantir la qualité des soins et renforcer la confiance du public dans les professionnels.

Aux yeux de la mission d'appui, qui s'est inscrite par définition dans le cadre de l'article 5 voté, les conditions pourraient ainsi être réunies pour mettre en place une démarche donnant une meilleure garantie aux professionnels, aux établissements, aux patients de la qualité des pratiques et des soins.

A cette fin, la mission préconise de lancer rapidement des concertations sur un avant-projet d'ordonnance assortie d'un « schéma stratégique global » et de mettre en place un pilotage fort du projet de recertification, mais qui laisserait une place dans le déploiement à la concertation avec les institutions et les parties prenantes. Son coût, modeste à l'égard des enjeux, devra être provisionné.

Resterait alors à trouver sa bonne appellation, le mot « recertification » utilisé par commodité dans ce rapport n'étant pas totalement satisfaisant. La mission y préfère le mot « revalidation », utilisé dans de nombreux pays et qui se prononce et s'écrit bien dans notre langue.

## RECOMMANDATIONS DE LA MISSION

n°	Recommandation
1	Construire une recertification qui valorise par des crédits la souscription aux différents types d'actions existantes quand elles sont probantes, et d'en ajouter de nouvelles mises à disposition au fil du temps et allant dans le sens d'une plus grande garantie de qualité des pratiques professionnelles, sur une périodicité de 6 ans.
2	Adopter un cadre de recertification qui soit adapté aux différentes professions, spécialités, grands métiers et types d'exercice, afin d'éviter tout décalage avec la réalité de l'exercice des professionnels.
3	Confier le rôle de pilotage stratégique global de la recertification au ministère chargé de la santé, et le pilotage scientifique à la Haute autorité de santé
4	Associer le ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche et la Conférence des doyens de facultés de médecine au pilotage du dispositif.
5	Prévoir deux instances pour le pilotage de la recertification, l'une d'orientation stratégique et de concertation sous la forme d'un conseil national, l'autre à caractère scientifique, sous la forme d'une nouvelle commission réglementée de la HAS ou d'une commission scientifique indépendante adossée à la HAS.
6	Adopter un critère large pour les professionnels concernés par la recertification : tous ceux qui doivent ou peuvent être inscrits au tableau de l'ordre.
7	Inscrire l'ensemble des professionnels des sept professions visées par l'article 5 dans cette démarche de recertification, sur une période de 6 ans pour les nouveaux diplômés ou inscrits au tableau et sur une première période de 9 ans pour les professionnels en activité, avec possibilité d'y entrer avant sous forme de volontariat. La périodicité reviendrait ensuite à 6 ans.
8	Elaborer des référentiels de recertification suffisamment nombreux pour être adaptés aux différentes professions, spécialités, types d'exercice et métiers.
9	Confier la définition des référentiels aux conseils et collèges nationaux professionnels, et confier leur validation à une commission réglementée à créer à la HAS ou une commission scientifique indépendante.
10	Inclure dans le champ de la recertification l'ensemble des actions prises en compte au titre de l'obligation de DPC, et y faire entrer également des actions inscrites dans les parcours de développement professionnel définis par les conseils ou collèges nationaux professionnels dès lors qu'elles bénéficient d'un « label CNP »
11	Permettre une valorisation au titre de la recertification des activités d'enseignement, de recherche, ou de participation à des commissions scientifiques
12	Comptabiliser l'accréditation des professionnels des activités à risque au titre dans la démarche de recertification
13	Comptabiliser les autres démarches d'accréditation et de certification des établissements et structures dès lors qu'elles ont directement concerné les professionnels pris individuellement.
14	Prendre en compte les démarches qualité dès lors qu'elles sont portées par les pouvoirs publics ou les professions (Ordres, syndicats professionnels)

n°	Recommandation
15	Prévoir l'acquisition la plus native et automatique des informations rentrant dans le contenu de la recertification pour alimenter les « comptes portfolios » des professionnels, sur la base du numéro RPPS
16	Etudier la possibilité de donner un « numéro d'ordre » généré aléatoirement à chaque action de formation de professionnels de santé que les organismes de formation utiliseraient pour leurs démarches d'enregistrement, afin de l'identifier formellement et d'éviter les doubles-comptes dans les crédits au titre de la recertification.
17	Prévoir l'alimentation du bloc « actualisation des connaissances et des compétences » par l'ensemble des organismes publics et privés enregistrant les actions suivies par les professionnels, sur la base du numéro RPPS des professionnels de santé.
18	Confier la mission de construction d'un SI, de gestion des comptes, de collecte, de conservation et de transmission des données individuelles à l' ANDPC qui l'assurerait pour compte de tiers.
19	Confier le suivi de la souscription de la démarche de recertification aux Ordres professionnels, avec un point à mi-parcours.
20	Mettre en place un dispositif de contrôles par échantillonnage et en cas de signaux négatifs des dossiers de recertification.
21	Confier aux conseils et collèges nationaux professionnels un rôle d'accompagnement des professionnels demandeurs, et de prévoir que les employeurs accompagnent la recertification de leurs agents et salariés.
22	Faire délivrer par les ordres compétents les attestations de recertification.
23	Prévoir la mise à disposition du public sur Internet de l'information sur les professionnels titulaires d'une attestation de recertification, et permettre à ces derniers de s'en prévaloir dans leur communication publique.
24	Conduire une concertation avec la Fédération française des assurances et les fédérations d'employeurs afin de définir les abattements dont pourraient bénéficier les professionnels engagés dans la démarche de recertification et ceux bénéficiant d'une attestation.
25	Après procédure contradictoire, déclencher pour les professionnels non recertifiés une procédure ordinale d'injonction à proposer et respecter un plan de rattrapage et, à défaut, l'ouverture systématique d'une procédure en insuffisance professionnelle.
26	Prévoir des parcours de rattrapage ou de reformation pour les professionnels non recertifié, réfléchir à la voie d'une « autorisation d'exercice limité » sous la responsabilité d'un tuteur pour ces professionnels.
27	Conduire une concertation dans des délais rapprochés sur un avant-projet d'ordonnance resserré.
28	Clarifier le champ du DPC au sein de la formation continue des professionnels
29	Procéder à un audit flash des systèmes d'information des principaux contributeurs à la recertification, définir le SI portant le compte recertification et définir les conditions d'interopérabilité avec les autres SI.
30	Sur la base de comparaisons avec d'autres projets de nature proche, déterminer et provisionner les coûts directs d'investissement et de fonctionnement prévisionnels de la gestion de la démarche de recertification.

# SOMMAIRE

<b>SYNTHESE</b> .....	<b>3</b>
<b>RECOMMANDATIONS DE LA MISSION</b> .....	<b>5</b>
<b>INTRODUCTION</b> .....	<b>11</b>
<b>1 L’HISTORIQUE ET LA JUSTIFICATION DE LA REFORME PROJETEE</b> .....	<b>13</b>
1.1 DIFFERENTS DISPOSITIFS SE SONT SUCCEDES DEPUIS 20 ANS .....	13
1.1.1 <i>Un devoir déontologique pour les professionnels de santé</i> .....	13
1.1.2 <i>Des obligations légales : la formation médicale continue - 1996 et l'évaluation des pratiques professionnelle - 2004</i> .....	14
1.1.3 <i>Le développement professionnel continu en 2009, réformé en 2016</i> .....	14
1.2 LES TRAVAUX PREPARATOIRES : LE COMITE DE PILOTAGE DE LA MISSION DE RECERTIFICATION DES MEDECINS .....	16
1.2.1 <i>Les travaux menés par le comité présidé par le Pr Serge Uzan</i> .....	16
1.2.2 <i>Les éléments à retenir des propositions du comité</i> .....	17
1.2.3 <i>Les limites de ces travaux</i> .....	18
1.3 LES JUSTIFICATIONS ET ATTENDUS D’UN DISPOSITIF DE RECERTIFICATION .....	18
1.3.1 <i>Des attentes croissantes en matière de qualité des pratiques</i> .....	18
1.3.2 <i>Des dispositifs existant dans de nombreux pays mais pas en France</i> .....	19
1.3.3 <i>Des évolutions sur la communication des professionnels appelant une prise en compte</i> .....	21
1.4 L’ARTICLE 5 DE LA LOI DU 24 JUILLET 2019 ET LES ORDONNANCES A PREPARER .....	21
1.4.1 <i>L’avis du Conseil d’Etat sur l’article 3 initial du projet de loi</i> .....	21
1.4.2 <i>Les sujets ayant fait débat au cours de la discussion parlementaire</i> .....	22
1.4.3 <i>Les éléments fixés par l'article 5 et les attendus de(s) l'ordonnance(s)</i> .....	22
1.4.4 <i>Un calendrier de mise en œuvre revu avec un report à juillet 2021</i> .....	23
<b>2 LES POSITIONS DES PARTIES PRENANTES ET LES ENSEIGNEMENTS DES CONSULTATIONS SUR LES ELEMENTS A DEFINIR POUR LA RECERTIFICATION</b> .....	<b>24</b>
2.1 LES ENTRETIENS ET ECHANGES AVEC LES PARTIES PRENANTES ONT FAIT APPARAITRE UN INTERET POUR LE SUJET ET LE SOUHAIT DE VOIR DES ORIENTATIONS DEVOILEES.....	25
2.1.1 <i>Le soutien à la recertification réside surtout parmi les institutions du système de santé</i> .....	26
2.1.2 <i>Les associations de patients ou de consommateurs fédérées dans France assos santé soutiennent et attendent beaucoup d’une démarche de recertification</i> .....	26
2.1.3 <i>Les syndicats de praticiens hospitaliers et d’étudiants en santé y sont favorables sur le principe mais se montreront attentifs aux modalités avant de confirmer leur soutien ;</i> .....	26
2.1.4 <i>Les fédérations hospitalières publiques et privées (la FEHAP étant plus ouverte sur le sujet) y sont moins favorables, en tout cas pas à court terme ou sur un périmètre large</i> .....	27
2.1.5 <i>Les syndicats de salariés sont réservés</i> .....	27
2.1.6 <i>Les unions ou syndicats de professionnels libéraux sont au mieux attentistes, et le plus souvent sceptiques sur la possibilité qu’une telle démarche puisse fonctionner</i> .....	28
2.2 LES REPONSES AU QUESTIONNAIRE MONTRENT UNE ADHESION AU PRINCIPE DE MISE EN PLACE D’UNE DEMARCHE DE RECERTIFICATION, UNE CONVERGENCE SUR SES OBJECTIFS ET RESULTATS ATTENDUS, ASSORTIES DE RESERVES ET CONDITIONS	28
2.2.1 <i>Les positions quant à l’opportunité et les objectifs de la recertification</i> .....	28
2.2.2 <i>Les objectifs de la recertification et les résultats attendus</i> .....	30
2.3 LES ELEMENTS A PRECISER POUR LES ORDONNANCES ET LE POSITIONNEMENT DES PARTIES PRENANTES .....	31
2.3.1 <i>Le périmètre des professionnels concernés</i> .....	31
2.3.2 <i>Les modalités de la recertification</i> .....	33
2.3.3 <i>Les modalités de l’obligation, son contrôle et ses sanctions</i> .....	35
2.3.4 <i>Le pilotage et la gestion des différents blocs du dispositif</i> .....	37
2.3.5 <i>Le financement du dispositif</i> .....	38

<b>3</b>	<b>LES RECOMMANDATIONS DE LA MISSION POUR UNE CONSTRUCTION SIMPLE, EXIGEANTE ET PRAGMATIQUE DU DISPOSITIF DE RECERTIFICATION</b> .....	<b>39</b>
3.1	GRANDS PRINCIPES ET TEMPORALITE.....	40
3.2	PILOTAGE DU PROCESSUS DE RECERTIFICATION ET DEFINITION DES ROLES .....	41
3.2.1	<i>L'Etat garant et pilote stratégique de la recertification, la HAS positionnée sur le pilotage scientifique</i> .....	42
3.2.2	<i>La nécessaire association des parties prenantes</i> .....	43
3.3	PERIMETRE DE LA RECERTIFICATION .....	44
3.3.1	<i>Professionnels concernés</i> .....	44
3.3.2	<i>Caractère obligatoire ou volontaire de la recertification</i> .....	44
3.4	CONTENU DE LA RECERTIFICATION – ACTIONS RENTRANT EN COMPTE POUR LA RECERTIFICATION .....	46
3.4.1	<i>Une recertification individuelle dans le cadre de référentiels nationaux</i> .....	46
3.4.2	<i>Le bloc des compétences et des connaissances</i> .....	48
3.4.3	<i>Le bloc qualité des pratiques professionnelles</i> .....	50
3.4.4	<i>Le bloc « amélioration des relations avec le patient »</i> .....	51
3.4.5	<i>Le bloc « santé du professionnel »</i> .....	52
3.4.6	<i>Le bloc « activité du professionnel »</i> .....	52
3.4.7	<i>Le bloc « prise en compte des signaux négatifs »</i> .....	52
3.5	MODALITES ET SUIVI DE LA RECERTIFICATION .....	53
3.5.1	<i>L'entrée dans la recertification et l'activation d'un « compte portfolio »</i> .....	53
3.5.2	<i>La gestion et la traçabilité du processus de recertification</i> .....	55
3.5.3	<i>Le suivi et le contrôle de la recertification</i> .....	56
3.5.4	<i>Les conséquences « positives » de la recertification</i> .....	57
3.5.5	<i>Les conséquences et la sanction de la non-recertification</i> .....	58
<b>4</b>	<b>UNE PREPARATION DES ORDONNANCES RESSERREE ET PARTICIPATIVE PUIS DE LA REFORME ANTICIPANT LES DIFFERENTES ETAPES DE MISE EN ŒUVRE</b> .....	<b>60</b>
4.1	UN PILOTAGE DE LA PREPARATION DES ORDONNANCES RESSERRE ET PARTICIPATIF .....	60
4.1.1	<i>Les projets d'ordonnance doivent se borner au champ de l'habilitation en donnant à voir le schéma global</i> .....	60
4.1.2	<i>Des questions doivent être traitées en amont de l'initialisation de la recertification</i> .....	60
4.2	UNE MISE EN ŒUVRE PROGRESSIVE DANS LE CADRE D'UNE GOUVERNANCE LARGE ET UNE GESTION DE PROJET PILOTEE PAR UN TASK-FORCE DEDIEE, AVEC DES FINANCEMENTS ADAPTES.....	63
4.2.1	<i>Une gestion de projet pilotée par une task force dédiée</i> .....	63
4.2.2	<i>La réforme doit être planifiée dans des délais adaptés</i> .....	64
4.2.3	<i>Les process de gestion du dispositif et l'architecture des systèmes d'information doivent néanmoins être posés très tôt</i> .....	64
4.2.4	<i>Les coûts directs de pilotage, de gestion et de suivi du dispositif peuvent rester raisonnables, mais des coûts indirects potentiellement importants sont à anticiper</i> .....	65
	<b>LETRE DE MISSION</b> .....	<b>71</b>
	<b>LISTE DES ANNEXES</b> .....	<b>75</b>
	<b>ANNEXE 1 : LISTE DES SIGLES</b> .....	<b>77</b>
	<b>ANNEXE 2 : LISTE DES PERSONNES RENCONTREES</b> .....	<b>79</b>
	<b>ANNEXE 3 : PRESENTATION DES DISPOSITIFS EXISTANTS ET DU CONTENU PROPOSE POUR LA DEMARCHE DE RECERTIFICATION</b> .....	<b>87</b>
	<b>ANNEXE 4 : EXEMPLES ETRANGERS DE DISPOSITIFS DE RECERTIFICATION DES PROFESSIONNELS DE SANTE</b> .....	<b>91</b>
	<b>ANNEXE 5 : RETRO-PLANNING DES ORDONNANCES ET CONSULTATIONS OBLIGATOIRES</b> .....	<b>97</b>
	<b>ANNEXE 6 : ANALYSE DES CRITERES POUR DETERMINER LES PROFESSIONNELS DES SEPT PROFESSIONS CONCERNES PAR LA RECERTIFICATION</b> .....	<b>99</b>
	<b>ANNEXE 7 : DISPOSITIONS DE NIVEAU LEGISLATIF A INTEGRER DANS LES ORDONNANCES DE L'ARTICLE 5101</b> .....	<b>101</b>
	<b>ANNEXE 8 : ESQUISSE DE MAQUETTE DE COMPTE RECERTIFICATION</b> .....	<b>105</b>
	<b>ANNEXE 9 : QUESTIONNAIRE DE LA MISSION IGAS</b> .....	<b>107</b>

<b>ANNEXE 10 :</b>	<b>SYNTHESE DES REPONSES AU QUESTIONNAIRE (HORS CNP).....</b>	<b>123</b>
<b>ANNEXE 11 :</b>	<b>SYNTHESE PAR LA FEDERATION DES SPECIALITES MEDICALES DES REPONSES DES CNP AU QUESTIONNAIRE .....</b>	<b>141</b>
<b>ANNEXE 12 :</b>	<b>ELEMENTS CHIFFRES SUR LE DPC ET SUR L'ACCREDITATION DES SPECIALISTES .....</b>	<b>153</b>



# RAPPORT

## Introduction

Par lettre de saisine du 26 janvier 2020, la ministre des solidarités et de la santé a demandé un appui de l'IGAS afin de renforcer l'action de la DGOS dans le cadre d'une mission d'accompagnement à la conception et à la conduite de la réforme prévue par l'article 5 de la loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé. Cet article permet la création par ordonnance d'un dispositif de recertification professionnelle pour les médecins, élargi lors du débat parlementaire à la demande des Ordres concernés à six autres professions : chirurgien-dentiste, sage-femme, pharmacien, infirmier, masseur-kinésithérapeute et pédicure-podologue.

La Direction générale de l'offre de soins (DGOS), direction pilote du texte, et la mission d'appui de l'IGAS ont entamé en mars 2020 un travail préparatoire sur le contenu de ces textes. Le déclenchement de la pandémie de la Covid 19 puis la tenue du Ségur de la santé ont rendu difficile de conduire les études préalables et les échanges nécessaires sur un sujet d'une grande importance et complexité. La loi n° 2020-734 du 17 juin 2020 relative à diverses dispositions liées à la crise sanitaire ayant repoussé d'un an le délai pour prendre l'ordonnance concernant les médecins et l'alignant sur celui des six autres professions (soit juillet 2021) a permis de redonner le temps d'un travail de préparation avec les acteurs concernés et l'engagement de nouvelles consultations.

Sur la base d'un travail avec la DGOS, d'échanges avec les directions et les acteurs publics concernés et d'études documentaires, la mission a été chargée en décembre 2020 par le directeur de cabinet du ministre des solidarités et de la santé de conduire une consultation par tous moyens (rencontres, tables-rondes, questionnaires) des acteurs intéressés, afin de rédiger un rapport de propositions précisant les objectifs et l'architecture globale que le nouveau dispositif pourrait adopter. Ce rapport devait indiquer les positions exprimées par chacun et les différentes options envisageables en termes de périmètre et de contenu de la recertification. Il devrait comporter également des premières analyses de faisabilité sur la gestion du dispositif notamment sur la question du ou des systèmes d'information à mobiliser pour collecter les données sur les actions de recertification sans mobiliser un temps excessif des professionnels ou de leurs employeurs.

L'objectif de ce rapport est de préparer une phase de concertations sur un avant-projet de texte. A cette fin, la mission a adressé un questionnaire (annexe 9) aux institutions, organisations, associations, syndicats, unions et fédérations représentant à la fois les professionnels concernés, et les partenaires à mobiliser pour la mise en œuvre de la réforme projetée.

Ce questionnaire, qui peut apparaître long et précis, a semblé indispensable pour répondre aux questions sur les points qui n'avaient pas été abordés ou précisés dans le cadre des travaux préparatoires au vote de la loi du 24 juillet 2019. En effet, ces travaux préparatoires :

- Ne concernaient que la profession de médecin, les six autres professions étant ajoutée dans le champ de la recertification par amendement lors de la discussion au Parlement, sans qu'un travail préparatoire comparable à celui conduit pour les médecins ait été effectuée ;
- N'entraient pas de façon détaillée dans l'ensemble des prérequis, des implications et des modalités de gestion et de financement du dispositif de recertification projeté. Ainsi, dans le rapport du comité qu'il a présidé, Serge Uzan renvoyait à des travaux approfondis la question

des conditions de mise en œuvre, prévoyant de créer deux groupes de travail, qui auraient dû travailler dès novembre 2018 et rendre leurs préconisations au premier trimestre 2019 ;

- N'ont pas pu bénéficier de retours d'expériences documentés sur des dispositifs qui ont vocation à être pris en compte au titre de la recertification notamment s'agissant de la mise en œuvre de l'obligation de DPC.

La mission ne disposait pas d'éléments définitifs sur ces deux derniers points. Toutefois, sur le bilan de la mise en œuvre de l'obligation de DPC sur le triennal 2016-2019, la mission a pu bénéficier de données précieuses grâce à l'appui de la direction générale de l'Agence nationale du développement professionnel continu (ANDPC).

De même, le bilan de la mise en œuvre par les ordres professionnels des professions de santé de leurs missions et compétences en matière de contrôle de l'obligation de DPC ou de leurs compétences récemment renforcées en matière d'instruction et de sanction de l'insuffisance professionnelle n'est pas clairement documenté. Néanmoins, la mission a pu avoir accès aux travaux de contrôle publiés ou en instance de l'être de la Cour des comptes de l'action des Ordres professionnels<sup>1</sup>.

Au-delà de ces trois points, il est apparu important aux yeux de la mission IGAS de prendre en compte le contexte nouveau lié à la crise sanitaire du SARS Cov-2. La mobilisation des professionnels et des établissements de santé et médico-sociaux, la capacité des professionnels et des structures à adapter leur organisation et leur activité à l'urgence sanitaire en cours, et les enjeux de formation aux menaces nouvelles et gestes nouveaux qu'elle suscitait (réanimation, tests, vaccinations). La mission a également pris en considération la volonté des pouvoirs publics et des syndicats signataires des Accords du Ségur de la santé de conduire une politique de revalorisation des métiers, de développement professionnel continu et de formation des professionnels, qui sont autant de facteurs à prendre en compte dans la projection vers un système de recertification.

Le présent rapport tire les enseignements de cette consultation et vise à aider le gouvernement et les parties prenantes à déterminer le niveau d'ambition, le périmètre, le contenu, les modalités de mise en œuvre et les conséquences pouvant être tirées de la recertification ou non des professionnels qui entreraient dans cette démarche, avant que soient entamées le cas échéant la rédaction des projets d'ordonnances et les concertations et consultations nécessaires.

*Nota bene* : le présent rapport a été rédigé dans le cadre d'une mission d'appui, et non pas une d'une mission d'évaluation, d'enquête ou de contrôle. Si les travaux ont été conduits avec la même rigueur notamment pour le recoupement des éléments communiqués à l'IGAS, la mission d'appui ne s'est pas appuyée sur les mêmes méthodologies d'investigations et prérogatives qu'en situation d'évaluation ou de contrôle. Le présent rapport ne constitue donc pas une évaluation de l'organisation, du fonctionnement ou de l'efficacité des dispositifs actuellement en vigueur visant à garantir l'actualisation des connaissances, des compétences et la qualité des pratiques professionnelles et à repérer les professionnels n'y souscrivant pas.

---

<sup>1</sup> Rapports sur l'ordre des chirurgiens-dentistes en 2016, sur l'ordre des masseurs kinésithérapeutes en 2017, sur l'ordre des médecins en 2019. Enquête en cours sur le rôle des ordres des professions de santé dans la défense des intérêts des patients.

## 1 L'historique et la justification de la réforme projetée

### 1.1 Différents dispositifs se sont succédés depuis 20 ans

Si le projet d'engager les professionnels de santé dans une recertification régulière de leurs compétences est devenu d'actualité en 2019 en France, l'entretien régulier des compétences et connaissances des médecins et des autres professionnels est un sujet ancien et de nombreuses tentatives ont vu le jour pour les inciter à les entretenir tout au long de leur vie professionnelle.

Comme c'est fréquemment le cas dès lors qu'on s'intéresse aux questions d'exercice des professions de santé et/ou de ressources humaines du système de soins, il n'existe pas de documentation chiffrée (statistiques, études) ou de base de données permettant de disposer d'une vision globale, actualisée et/ou précise sur l'effort à la fois collectif et individuel (avec moyenne et dispersions) d'entretien des compétences et connaissances de professionnels de santé actuel, ni en nombre d'actions suivies, ni de volumes horaires, ni en coûts exposés.

Dès lors, à titre conservatoire, la mission a considéré probable que l'optimum théorique en matière d'effort collectif d'actualisation et de développement des connaissances et des compétences des professionnels n'est pas atteint, ou pas proche de l'être à court terme. Si c'était le cas, la justification de mettre en place une démarche de recertification serait évidemment moins forte.

#### 1.1.1 Un devoir déontologique pour les professionnels de santé

Depuis 1979, le code de déontologie des médecins contient une telle obligation. Dans sa version en vigueur (actuel article R.4127-11 du CSP), il stipule : "*Tout médecin entretient et perfectionne ses connaissances dans le respect de son obligation de développement professionnel continu.*" Le devoir de se former est également inscrit :

- Dans le serment d'Hippocrate : "*Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.*"
- Dans le serment du médecin adopté par la deuxième Assemblée Générale de l'Association Médicale Mondiale à Genève en septembre 1948 : "*Je veillerai à ma propre santé, à mon bien-être et au maintien de ma formation afin de prodiguer des soins irréprochables.*"

Les codes des six autres professions contiennent, à la rédaction près, de semblables dispositions. Des dispositions spécifiques des statuts particuliers imposent également une obligation d'actualiser ses compétences (Professeurs des universités – praticiens hospitaliers, praticiens hospitaliers, assistant des hôpitaux).

Cette obligation était mise en œuvre librement par les professionnels concernés, avec les différences que l'on retrouve couramment entre les professionnels libéraux (autofinancement des actions avec participation des fonds de formation auxquels ils cotisent (FAF-PM pour les médecins, FIF-PL pour

les autres professions) et de l'assurance maladie (via la formation professionnelle conventionnelle puis le DPC) droit à la formation garanti aux salariés<sup>2</sup> et agents publics<sup>3</sup>.

### 1.1.2 Des obligations légales : la formation médicale continue - 1996 et l'évaluation des pratiques professionnelles - 2004

L'ordonnance n°96-345 du 24 avril 1996 relative à la maîtrise des dépenses de soins a rendu la formation médicale continue (FMC) obligatoire pour tous les médecins, sa méconnaissance pouvant entraîner des sanctions disciplinaires par le Conseil régional de l'Ordre<sup>4</sup>. Sa mise en œuvre s'est heurtée à de nombreuses difficultés politiques, juridiques, opérationnelles.

En conséquence, les modalités de cette obligation pour tous les médecins en exercice ont été revues par la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé et par le décret n°2003-1077 du 11 novembre 2003. La FMC devenait une obligation juridique pour tous les praticiens, ces derniers devant apporter la preuve de leurs efforts tous les cinq ans devant un Conseil (ou une commission) régional(e) de la FMC. Pour apprécier l'effort fourni par chaque praticien, le Conseil (ou la commission) régional(e) devait suivre les règles élaborées par les trois nationaux de la FMC (médecins hospitaliers, libéraux et salariés). Ces conseils nationaux ont été installés en 2004<sup>5</sup>, avec un comité national de coordination les liant. Les sanctions du non-respect de cette obligation pouvaient (potentiellement) être lourdes et prononcées par la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire ou par la section spéciale des assurances sociales.

Face à l'impossibilité de faire fonctionner le dispositif voté, la loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique a mis en place un nouveau dispositif d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) obligatoire pour les médecins, dans le cadre d'orientations de la HAS.

Au-delà de la mise en place des conseils, dont certains actifs (le CNFMCH), ce dispositif n'a jamais pleinement fonctionné, comme constaté dans un premier rapport de l'IGAS en 2006<sup>6</sup>.

### 1.1.3 Le développement professionnel continu en 2009, réformé en 2016

#### 1.1.3.1 La réforme du développement professionnel continu

Suite à un second rapport de l'IGAS de 2008<sup>7</sup> soulignant les lacunes du système, la loi Hôpital, patients, santé et territoire (HPST) du 21 juillet 2009 (article 59) a réaffirmé le caractère obligatoire de ce qui se nomme désormais le développement professionnel continu (DPC) et l'a étendu, quel que

---

<sup>2</sup> Article L6321-1 du Code du travail : L'employeur assure l'adaptation des salariés à leur poste de travail. Il veille au maintien de leur capacité à occuper un emploi, au regard notamment de l'évolution des emplois, des technologies et des organisations.

<sup>3</sup> La loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 modifiée portant droits et obligations des fonctionnaires reconnaît, en son article 22, le droit à la formation professionnelle tout au long de la vie des agents publics.

<sup>4</sup> Article L.367-2 du code de la santé publique « *L'entretien et le perfectionnement de ses connaissances constituent pour chaque médecin un devoir professionnel. Tout médecin, qu'il exerce à titre libéral ou dans un établissement de santé public ou privé participant au service public hospitalier, doit justifier du respect de cette obligation [...]* ».

<sup>5</sup> Ce rapport devait préciser notamment la durée réservée chaque année à la FMC, le nombre de médecins ayant suivi des formations, le volume annuel d'heures de formations suivies, leur typologie, les supports pédagogiques utilisés, les modalités de validation de l'obligation de formation choisies ainsi que le nombre de validations effectuées.

<sup>6</sup> Rapport n° 2006-002, "Mission IGAS relative à l'organisation juridique, administrative et financière de la formation continue des professions médicales et paramédicales" (d'Autume C., Postel-Vinay D.).

<sup>7</sup> Rapport n° 2008-124P, "Formation médicale continue et évaluation des pratiques professionnelles des médecins" (Bras P.-L., Duhamel G.).

soit leur mode d'exercice, aux autres professions de santé, soit 31 au total. Elle a créé un organisme gestionnaire du DPC (OGDPC), Groupement d'intérêt public (GIP) en charge de gérer son budget.

Le professionnel satisfaisait à son obligation de DPC, dès lors qu'il participait chaque année à au moins un programme de DPC conforme aux orientations nationales arrêtées alors annuellement par le ministère chargé de la Santé, comportant des méthodes et modalités validées par la HAS.

Succédant à des financements par les fonds de la FCC, l'OGDPC prenait en charge, sur financement de l'assurance maladie, une partie des frais pédagogiques facturés par les organismes et indemnisait les professionnels pour leur manque à gagner professionnel. Pour les professionnels salariés qui exercent hors centre de santé, le DPC est financé selon les modalités classiques de financement de la formation professionnelle continue de chaque secteur ou branche, l'employeur étant tenu de prendre les dispositions permettant aux professionnels de respecter leur obligation de DPC.

### 1.1.3.2 Les aménagements du dispositif depuis 2016

Un nouveau rapport de l'IGAS<sup>8</sup> a dressé un état des lieux critique sur le nouveau dispositif : pas de contenu précis derrière cette obligation annuelle, manque de moyens de financement, procédure d'évaluation des programmes proposés ne permettant pas un réel contrôle de leur qualité.

La loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé redéfinit l'obligation<sup>9</sup> : la démarche de DPC est désormais triennale et comprend des actions de formation continue, d'évaluation des pratiques (EPP) et de gestion des risques (GDR), dont l'ANDPC) et ses instances<sup>10</sup>, groupement d'intérêt public succédant à l'OGDPC, assure le pilotage, la gestion administrative, le contrôle de conformité des actions et leur évaluation.

Les orientations pluriannuelles prioritaires sont désormais arrêtées pour trois ans. Elles comprennent des orientations par profession ou par spécialité proposées par les conseils nationaux professionnels (CNP) ou à défaut par les représentants des professions, des orientations s'inscrivant dans la politique nationale de santé et des orientations issues du dialogue conventionnel.

Pour satisfaire à son obligation, le professionnel doit justifier de son engagement dans une démarche comportant des actions de formation continue, d'analyse, d'évaluation et d'amélioration de ses pratiques et de gestion des risques, devant toujours être conformes aux méthodes de la HAS.

Il le fait en s'inscrivant dans un parcours défini par le CNP compétent, qui est une recommandation le guidant pour satisfaire à l'obligation en décrivant l'enchaînement approprié des actions. Pour satisfaire à l'obligation, la démarche doit comporter au moins deux des trois types d'actions (ou des actions les combinant) et au moins une action s'inscrivant dans les orientations prioritaires. Elle peut alternativement consister dans l'engagement dans une démarche d'accréditation.

---

<sup>8</sup> Rapport n°2013-126R, " Contrôle de l'Organisme gestionnaire du développement professionnel continu et évaluation du développement professionnel continu des professionnels de santé" (Deumie B., George P., Natali J.-P.)

<sup>9</sup> Article L4021-1 du CSP : *"Le développement professionnel continu a pour objectifs le maintien et l'actualisation des connaissances et des compétences ainsi que l'amélioration des pratiques. Il constitue une obligation pour les professionnels de santé. Chaque professionnel de santé doit justifier, sur une période de trois ans, de son engagement dans une démarche de développement professionnel continu comportant des actions de formation continue, d'analyse, d'évaluation et d'amélioration de ses pratiques et de gestion des risques. L'engagement dans une démarche d'accréditation vaut engagement dans une démarche de développement professionnel continu."*

<sup>10</sup> Article R4021-10 du CSP. Outre l'assemblée générale des membres fondateurs du groupement d'intérêt public, le président et le directeur général, les instances de l'Agence nationale du développement professionnel continu sont : 1° Le Haut Conseil du développement professionnel continu des professions de santé ; 2° Le comité d'éthique ; 3° Des commissions scientifiques indépendantes ; 4° Le conseil de gestion ; 5° Des sections professionnelles.

Les CNP ont reçu en outre pour mission de proposer en liaison avec le Haut Conseil du développement professionnel continu des professions de santé des adaptations aux méthodes préconisées par la HAS pour leur profession, d'apporter leur concours aux instances de l'ANDPC, notamment pour la définition des critères d'évaluation des actions et l'élaboration des plans de contrôle annuel des actions de DPC.

Enfin, ils assurent une veille sur les initiatives de terrain et les besoins des professionnels et font au ministre et au HCDPC toutes propositions qu'ils jugent utiles. Sur cette base, la Fédération des spécialités médicales a diffusé en août 2020 les premiers parcours définis par les CNP<sup>11</sup>.

## 1.2 Les travaux préparatoires : le comité de pilotage de la mission de recertification des médecins

En amont de la Grande conférence de santé du 11 février 2016, l'idée de prolonger la réforme du DPC par une démarche de recertification a émergé. Une étude menée par l'IGAS<sup>12</sup> a mis en évidence son intérêt et l'évolution récente des professionnels concernés sur cette idée<sup>13</sup>.

### 1.2.1 Les travaux menés par le comité présidé par le Pr Serge Uzan

Le projet de mise en place d'une recertification à échéance régulière pour les médecins, proposée par le Conseil nationale de l'Ordre des médecins (CNOM), fait partie des mesures retenues à l'issue de la Grande conférence de santé lancée par le premier ministre Manuel Valls. La feuille de route pour les métiers de la santé divulguée à sa conclusion indique : « *La recertification des médecins par les pairs permettra non seulement de garantir la qualité mais aussi de diversifier son activité. Elle ne sera obligatoire que pour les nouveaux inscrits à l'Ordre. Une concertation doit s'engager pour en définir les modalités.* » L'un de ses promoteurs, le Pr Serge Uzan, s'est vu confier une lettre de mission par la ministre de l'époque, Marisol Touraine en 10 mars 2017. Un pré-rapport a été remis le 15 mai 2017.

Repris par la ministre Agnès Buzyn, le sujet donne lieu à une seconde lettre de mission du 15 novembre 2017 qui confirme le projet et ouvre la voie à une première concertation menée par un comité *ad hoc* présidé par le Pr Serge Uzan. L'ambition portait uniquement sur les médecins mais sur l'ensemble de ceux-ci (y compris ceux en exercice). Un communiqué de presse du 22 février 2018 de la ministre des solidarités et de la santé et de la ministre de l'enseignement supérieur et de la recherche lançait alors les travaux du comité de pilotage présidé par Serge Uzan : "*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 différents publics concernés. Il devra aussi dessiner les contours des dispositions légales nécessaires à la mise en œuvre et au contrôle de la recertification.*". La concertation a été conduite en associant :

- Le HCDPC et la HAS ;
- Les représentants institutionnels de la profession : CNOM et conférence des présidents de CME de CHU ;

---

<sup>11</sup> Fédération des spécialités médicales, Parcours de DPC des CNP, août 2020.

<sup>12</sup> Rapport n°2015-185R "Travaux préparatoires à la grande conférence de santé sur l'opportunité d'une démarche de certification dans le prolongement de la réforme sur le développement professionnel continu" (Bensadon A.-C., Leconte T.)

<sup>13</sup> Le rapport pointe notamment l'inquiétude des jeunes médecins formés en France face à la concurrence exercée par les médecins à diplômes étrangers accueillis en masse pendant la période de fort sous-effectif dans certaines spécialités. La recertification est à l'époque vue par ces jeunes ou futurs médecins comme un moyen de se distinguer de ces praticiens.

- Les représentants institutionnels des spécialités : Fédération des Spécialités Médicales (FSM) et Collège de la Médecine Générale (CMG) ;
- Des représentants des facultés : conférence des doyens, président d'université ;
- Des syndicats et associations d'internes et étudiants : ISNI, ISNAR-IMG, ANEMF ;
- Des représentants de patients : Le lien, France assos santé, Universités des patients
- Ainsi que des syndicats de médecins libéraux (MG France, Le BLOC, CSMF, SML) et hospitaliers (CPH, INPH, CMH, SNAMHP, Avenir Hospitalier) ; non-intégrés au comité, ils ont pu communiquer leurs avis et propositions à travers d'auditions.

Cette concertation a mis en évidence l'existence d'une maturité nouvelle des acteurs sur le sujet. L'émergence des avis de patients publiés sur le net et la pression des assurances pour limiter la sinistralité ont, selon le comité, contribué à une prise de conscience parmi les professionnels de la nécessité de disposer d'un système de certification à leur main. Les travaux ont accordé une part importante à l'étude des dispositifs existants dans d'autres pays (Royaume-Uni, Pays-Bas, Espagne, Canada, USA, enquêtes de l'OCDE et du CNOM sur les pratiques existant en Europe...).

Pour assurer le pilotage de ces travaux, le rapport Uzan proposait de créer une instance nouvelle, dénommée le Conseil National de Certification et de Valorisation (CNCV). Ne couvrant que les médecins, il proposait qu'il compte 17 membres dont un président désigné par les ministres chargés de la santé et de l'enseignement supérieur, un représentant de la HAS et un du Haut conseil du DPC, un représentant du CNOP, deux personnalités qualifiées et le reste des membres composés de représentations des médecins (FSM, CMG, présidents de CME, doyens, syndicats de médecins etc).

Le rapport Uzan voyait un rôle central dans la recertification aux CNP et au CMG, regroupant les sociétés savantes et les organismes professionnels, et qui ont pour mission de proposer un parcours pluriannuel de DPC permettant à chaque professionnel de satisfaire à son obligation de DPC.

Il envisageait de confier aux Ordres professionnels la responsabilité de conserver la synthèse des données concernant chaque professionnel, sous forme de l'attestation finale de certification et de valorisation, avec une accessibilité de l'information pour le public et les usagers, et de tirer le cas échéant les conséquences d'une non-certification.

Le rapport faisait de l'Ordre national des médecins une sorte de garant méthodologique (« *le 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 de l'Ordre des Médecin* »).

**Le rapport, intitulé "Exercer une médecine de qualité grâce à des connaissances et des compétences entretenues", a été remis aux ministres en novembre 2018 et a été bien accueilli par le gouvernement et les représentants des médecins.**

### 1.2.2 Les éléments à retenir des propositions du comité

La démarche du comité du Pr Uzan s'est voulue consensuelle. Elle a privilégié une approche incitative valorisant les bonnes pratiques plutôt qu'une approche coercitive, qui chercherait à identifier les dysfonctionnements et les sanctionner. Dès la définition des objectifs du projet, le comité s'est ainsi dit "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 ; puisse intégrer les innovations pédagogiques (en particulier numériques) et les évolutions professionnelles."

**Pour les résumer à grand trait, les principales orientations du rapport sont les suivantes :**

- Le nom du dispositif : "Certification et valorisation périodique du parcours professionnel des médecins" (CVP)
- La périodicité : tous les 6 ans, soit deux exercices triennaux de DPC ;
- Le principe d'une mise en œuvre "en flux" n'imposant l'obligation qu'aux nouveaux entrants et reposant sur un dispositif incitatif pour élargir la participation à l'ensemble des professionnels ;
- Les critères pris en compte pour suivre et délivrer la recertification :
  - Un parcours de DPC obligatoire ou d'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 » (condamnations, interdictions d'exercices, insuffisances professionnelles...)

Le consensus obtenu reposait également sur le choix de ne faire porter l'obligation de recertification que sur les jeunes médecins diplômés à compter de 2021, le dispositif restant sur volontariat pour les professionnels déjà en exercice, la volonté de limiter les contraintes nouvelles (collecte et synthèse automatisées des données), la place accordée à la santé des praticiens dans les critères de certification, et l'absence de précisions sur les sanctions en cas de non-recertification.

### 1.2.3 Les limites de ces travaux

Les propositions du comité Uzan présentent plusieurs limites :

- Elles ne concernaient que la profession de médecin. Si le rapport contient bien une ouverture aux autres professionnels de santé ("*Les propositions faites pour les médecins serviront de base pour une extension du dispositif aux autres professions de santé.*"), le comité n'a pas creusé la question de cette extension, et ne s'est notamment pas prononcé sur la répliquabilité de ses propositions concernant les médecins aux autres professions.
- Sur les sujets moins consensuels, les propositions restaient générales et donnaient peu de précisions sur la gouvernance, les sanctions, le financement et l'organisation.

Il est vrai que le rapport préconisait la création de deux groupes de travail, l'un sur l'élaboration du cahier des charges de la recertification, l'autre sur la gestion des données et des alertes et l'algorithme de validation, et de lancer une expérimentation en 2019. Cela n'a malheureusement pas été fait.

De nombreuses modalités devant donc encore être précisées, le recours à l'habilitation et des ordonnances, puis à une mission d'appui de l'IGAS est apparu justifié.

## 1.3 Les justifications et attendus d'un dispositif de recertification

### 1.3.1 Des attentes croissantes en matière de qualité des pratiques

De nombreux rapports, études et travaux mettent en lumière les besoins et attentes en matière de qualité des pratiques des professionnels de santé, notamment dans le contexte d'évolution rapide des connaissances et des techniques, des thérapeutiques et des parcours patients plus complexes.

Ils ont été exprimées d'ancienne date dans les travaux du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie. L'avis *Avenir de l'assurance maladie : les options du HCAAM*<sup>14</sup> indiquait que « *c'est autour de l'amélioration de la qualité des « parcours » de soins, en portant prioritairement l'attention aux situations complexes pour lesquelles il y a le plus d'évidences de non-qualité, que – sans renoncer, évidemment, aux exigences prioritaires de bonnes pratiques et d'efficience pour chaque étape particulière – se situe aujourd'hui un des gisements décisifs de qualité soignante et d'efficacité économique de notre système de santé, concept pour lequel on utilise souvent le terme « d'efficience ».*

Cette question a été fortement mise en avant lors de la préparation de la stratégie nationale de santé puis de la stratégie de transformation du système de santé (intitulée depuis Ma Santé 2022). Elle a fait l'objet d'un chantier spécifique (chantier n°1) « *Inscrire la qualité et la pertinence des soins au cœur des organisations et des pratiques* ». Son document de synthèse fait un lien direct entre les enjeux et orientations qu'il identifie et la recertification, considérée comme un levier de promotion de la qualité des soins et de leur pertinence : « *D'autres mesures doivent encore être considérées : pistes pour un intéressement économique, développement professionnel continu, conséquences en termes de recertification et d'accréditation ou encore engagement professionnel* »<sup>15</sup>.

### 1.3.2 Des dispositifs existant dans de nombreux pays mais pas en France

Il apparaît qu'une majorité de pays comparables à la France par la maturité de leur système de santé et/ou système de soins se sont dotés, parfois d'ancienne date, parfois plus récemment, d'un dispositif de vérification périodique de l'actualisation des connaissances et des compétences, ainsi que de la qualité des pratiques des professionnels de santé.

En termes anglo-saxons, ces dispositifs peuvent s'appeler *recertification*, *revalidation*, *Maintenance of Certification (MOC)*, *relicensing*, ou *appraisal* s'il s'accompagne d'une évaluation. La mission n'avait pas vocation à se livrer à un tableau exhaustif des dispositifs existants.

La mission a toutefois pris connaissance de revues de littérature et publications existantes sur ces modèles, et les a pris en compte dans la réflexion sur les options envisageables, avec les limites de transposition qui sont toujours rencontrées et qui sont liées aux grandes différences d'organisation des professions et des soins, de démographie et de cadre d'exercice des professions de santé.

L'OCDE et l'OMS, dans une publication récente<sup>16</sup> notent que ces démarches se multiplient dans la zone OCDE : « *La fréquence de renouvellement des licences varie entre un et cinq ans. Alors que dans certains pays (par exemple, l'Allemagne), il suffit d'apporter les preuves d'une formation continue pour conserver une autorisation d'exercer, dans d'autres cas, le renouvellement exige une combinaison de formation continue obligatoire avec d'autres mesures, telles que l'examen par les pairs sous forme d'audit et de retour d'information, pour encourager les professionnels de santé à respecter les normes de soins.* »

<sup>14</sup> Avis adopté à l'unanimité lors de la séance du 22 mars 2012.

<sup>15</sup> Pilotes: Dominique LE GULUDEC - Présidente du collège de la Haute Autorité de Santé, Olivier LYON-CAEN - Médecin conseil national de la Caisse nationale de l'Assurance maladie, Alain-Michel CERETTI - Président de France Assos Santé.

<sup>16</sup> Improving healthcare quality in Europe Characteristics, effectiveness and implementation of different strategies, 2019.

Les systèmes de quelques pays souvent cités sont présentés en annexe 4. Il en ressort que :

- Les dispositifs mis en place, souvent impulsés par les pouvoirs publics et inscrits dans une loi, font une forte place aux instances professionnelles compétentes (colleges, boards, councils) pour leur déclinaison, leur suivi et le cas échéant leur sanction ;
- Ces dispositifs sont souvent acceptés dans leurs principes, mais font l'objet de critiques sur leurs modalités de mise en œuvre (lourdeur, subjectivité) et de réserves sur leur impact effectif en termes d'amélioration de la qualité des soins ;
- Il n'existe de modèle « parfait » en soi, qui n'évoluerait pas dans le temps pour s'adapter aux besoins et attentes des professionnels, des pouvoirs publics et de la société<sup>17</sup> ;
- Le volet « actualisation et développement des connaissances et compétences » est essentiel dans les dispositifs de recertification<sup>18</sup> ; mais l'examen individuel des pratiques au regard des acquis de la science et des recommandations sont également présents ;
- A contrario, la littérature et des articles publiés montrent que le couplage d'actions d'actualisation des connaissances et des compétences et d'une recertification peut avoir un impact positif sur la prise en charge de telle ou telle pathologie<sup>19</sup>.

**Deux points se détachent quand on adopte une focale large :**

- Les justifications de ces démarches sont d'assurer l'effectivité du maintien des connaissances et des compétences ainsi que la meilleure garantie de la sécurité et de qualité des soins,
- Les réserves et limites le plus souvent évoquées sont la charge et le temps requis pour les professionnels concernés.

Par rapport au modèle d'entretiens annuels comme pratiqués au Royaume-Uni, certains pays ont adopté des modalités qui réduisent la sollicitation des professionnels, avec deux modèles :

- Celui d'un tirage au sort d'une fraction des professionnels qui auront une obligation déclarative forte (5 % des infirmiers chaque année en Nouvelle-Zélande) avec examen par des pairs et échanges contradictoires.
- Celui de l'entretien et de la revue de portfolios de connaissances, compétences, pratiques réflexives et d'auto-évaluations, permettant un déclaratif limité et dispensant le plus souvent d'un entretien ou d'un contrôle individuel (Canada).

Au Royaume-Uni, où tous les médecins doivent prouver qu'ils ont suivi des formations continues agréées et se soumettre à une revalidation quinquennale détaillée avec entretiens annuels, comprenant l'avis des confrères et patients, un suivi des plaintes. La lourdeur de cette procédure est parfois dénoncée. Dans ce pays, des études approfondies sur la question du temps nécessaire à la

---

<sup>17</sup> Voir les adaptations du système canadien de Maintenance of Certification pour le simplifier et le ressenti d'un panel de médecins : *More Than Reducing Complexity: Canadian Specialists' Views of the Royal College's Maintenance of Certification Framework and Program*, Tanya Horsley, Katherine Moreau, Jocelyn Lockyer, Jeanie Zeiter, Lara Varpio, Craig Campbell, *The Journal of Continuing Education in the Health Professions*, volume 36, pages 157-163.

<sup>18</sup> Voir notamment la méta-étude sur plusieurs professions soumises à recertification dans plusieurs pays ou régions : Austin, Zubin, et Paul Gregory. « *Quality Assurance and Maintenance of Competence Assessment Mechanisms in the Professions : A Multi-Jurisdictional, Multi-Professional Review* ». *Journal of Medical Regulation* 103 (1 juin 2017): 22-34.

<sup>19</sup> Voir par exemple Parthasarathy, Sairam, Shyam Subramanian, et Stuart F. Quan. « *A Multicenter Prospective Comparative Effectiveness Study of the Effect of Physician Certification and Center Accreditation on Patient-Centered Outcomes in Obstructive Sleep Apnea* ». *Journal of Clinical Sleep Medicine: JCSM: Official Publication of the American Academy of Sleep Medicine* 10, n° 3 (15 mars 2014): 243-49.

recertification, comme celle conduite par l'Académie des facultés royales de médecine, visaient à déterminer si le temps de recertification n'empiétait sur le temps clinique dédié aux patients<sup>20</sup>.

### 1.3.3 Des évolutions sur la communication des professionnels appelant une prise en compte

La libéralisation des conditions de communication des professionnels auprès du public est un tournant important. Pour six professions de santé<sup>21</sup>, des décrets publiés au JO du 24 décembre 2020 assouplissent les règles applicables en matière d'information et de publicité, modifiant les dispositions des codes de déontologie. Ils substituent à l'interdiction de publicité à un droit assez large de libre communication et, au final, de publicité, afin de contribuer au libre-choix du praticien.

Ainsi, un professionnel de ces six professions est autorisé à communiquer au public, par tout moyen, y compris sur un site internet, des informations de nature à contribuer au libre choix du praticien par le patient, relatives notamment à ses compétences et pratiques professionnelles, à son parcours professionnel et aux conditions de son exercice. La communication doit bien sûr être loyale et honnête, ne pas être comparative ou faisant appel à des témoignages.

N'étant pas encore en vigueur, la recertification n'est pas listée par ces décrets comme un des éléments que le professionnel peut mettre en avant dans sa communication<sup>22</sup>. Mais les décrets prévoient que le professionnel « *peut également mentionner d'autres informations utiles à l'information du public en tenant compte des recommandations émises en la matière par le conseil national de l'ordre* ». On peut donc penser que dans ce cadre nouveau de grande liberté de communication, la recertification pourrait rentrer d'ores et déjà dans celles des catégories d'informations que ces textes permettent aux professionnels de porter à la connaissance du public.

La mission estime qu'une démarche de recertification, pour peu qu'elle soit exigeante et sérieuse, serait d'une grande utilité pour guider les professionnels, les patients et le public dans ce nouveau paradigme de la communication des professions de santé. En effet, hormis les éléments que les professionnels peuvent déjà mettre en avant (diplômes, certificats complémentaires, spécialisation d'exercice), il est difficile de trouver un « label » probant attestant que le professionnel est « à niveau » (sauf pour lui à dire qu'il est à jour de son DPC ou lister les actions suivies ou le nombre d'heures effectuées ce qui ne sera pas compréhensible pour le public).

## 1.4 L'article 5 de la loi du 24 juillet 2019 et les ordonnances à préparer

### 1.4.1 L'avis du Conseil d'Etat sur l'article 3 initial du projet de loi

Le Conseil d'Etat a été saisi le 10 janvier 2019 du projet de loi relatif à l'organisation et à la transformation du système de santé. Dans son avis adopté le 7 février 2019, le Conseil d'Etat a présenté ainsi l'article 3, dans le volet sur les habilitations prévues afin de permettre au Gouvernement de prendre, par ordonnance, des mesures relatives à la transformation du système de

<sup>20</sup> « Nous n'avons trouvé aucune preuve solide que les soins directs aux patients par les consultants seront compromis à court terme par les exigences des nouveaux processus d'évaluation et de revalidation. Les médecins spécialistes (SAS - Specialty and Associate Specialist) pourraient avoir plus de difficultés à protéger les soins directs aux patients. Cependant, la revalidation a été introduite comme une initiative d'amélioration de la sécurité et de la qualité des patients et cette enquête suggère qu'à une époque où le temps médical est soumis à une pression énorme, nous risquons de perdre une partie de l'innovation clinique et du leadership qui sont les moteurs de ces deux processus. ». In *L'impact de la revalidation sur l'activité clinique et non clinique des médecins hospitaliers*, Academy of Medical Royal Colleges, Londres 2012.

<sup>21</sup> Médecin, chirurgien-dentiste, sage-femme, infirmier, masseur-kinésithérapeute et pédicure-podologue.

<sup>22</sup> Voir par exemple le [décret n° 2020-1662 du 22 décembre 2020 portant modification du code de déontologie des médecins et relatif à leur communication professionnelle](#).

santé : « *Il s'agit, en premier lieu, de créer un dispositif de recertification des compétences des médecins pour s'assurer du maintien et du développement de leurs compétences à échéance régulière afin de renforcer la sécurité et la qualité de l'offre de soins. Ce dispositif, qui constitue une obligation professionnelle, a vocation à se substituer au développement professionnel continu des compétences.* »

Il a examiné les différentes dispositions renvoyant à des ordonnances. Il a globalement jugé que le projet de loi définissait "avec une précision suffisante les finalités et le domaine d'intervention des mesures envisagées au stade de l'habilitation, sans cependant les détailler de manière excessivement contraignante au regard des finalités poursuivies". Il a ajouté qu'au surplus, "l'étude d'impact, qui a été complétée à cette fin, éclaire utilement les objectifs que le Gouvernement souhaite atteindre."

Il a été indiqué à la mission que la section sociale du Conseil d'Etat avait montré, sur la base de l'étude d'impact de l'article 3<sup>23</sup>, une vigilance sur la question du périmètre de professionnels qui seraient concernés à titre obligatoire par la recertification ainsi qu'à l'effectivité du volontariat pour les professionnels qui n'y seraient pas soumis. Cette question doit faire l'objet d'une grande attention dans les orientations retenues et la rédaction des ordonnances, **pour s'assurer que le dispositif ne constitue pas une rupture d'égalité entre les professionnels soumis à l'obligation et ceux n'y entrant qu'à titre volontaire**. Comme le Conseil d'Etat l'a encore rappelé récemment<sup>24</sup>, « *Le principe d'égalité ne s'oppose ni à ce que le législateur règle de façon différente des situations différentes, ni à ce qu'il déroge à l'égalité pour des raisons d'intérêt général, pourvu que, dans l'un et l'autre cas, la différence de traitement qui en résulte soit en rapport direct avec l'objet de la loi qui l'établit.* ».

#### 1.4.2 Les sujets ayant fait débat au cours de la discussion parlementaire

Les sujets suivants ressortent d'amendements défendus par les parlementaires mais non adoptés :

- La question de la recertification après une interruption d'exercice ;
- L'opportunité d'utiliser la recertification comme levier d'atteinte d'objectifs de santé publique (ex : sensibilisation à la pharmacovigilance, à la santé environnementale, à la prise en charge des victimes de violences sexuelles, des personnes en situation de précarité ou d'addiction, des personnes handicapées et leurs aidants, ...)
- La recertification comme levier d'adaptation des praticiens à l'évolution des métiers induite par la révolution du numérique et les nouvelles technologies ;

Les débats n'ont pas porté sur la question des sanctions de la non-recertification.

#### 1.4.3 Les éléments fixés par l'article 5 et les attendus de(s) l'ordonnance(s)

Au final, l'article 5 consacre les principes suivants : la recertification sera à renouveler à échéances régulières ; le dispositif devra apporter des garanties d'indépendance ; les objectifs de la recertification sont de garantir le maintien des compétences, la qualité des pratiques professionnelles, ainsi que l'actualisation et la mise à niveau des connaissances. Le dispositif sera applicable aux départements de France métropolitaine et d'Outre-Mer, mais pas en Nouvelle-Calédonie, en Polynésie Française et à Wallis-et-Futuna.

---

<sup>23</sup> L'étude d'impact du projet de loi indique : « Il est prévu, pour autant, qu'une telle obligation ne pèse que sur les praticiens qui s'inscriront à l'ordre à partir d'une date qu'il conviendra de déterminer et non sur les professionnels actuellement en exercice. Ces derniers pourront toutefois s'y inscrire s'ils le souhaitent. ».

<sup>24</sup> Conseil d'Etat, 8ème - 3ème chambres réunies, 10/03/2020, 436879.

C'est à la demande des Ordres professionnels concernés durant l'examen du projet de loi que le gouvernement a accepté d'élargir le dispositif à six autres professions, par amendement<sup>25</sup>.

Les éléments à définir listés dans l'article 5 sont :

- Les professionnels concernés et la périodicité de l'échéance ;
- Les conditions de mise en œuvre ;
- Les conditions de contrôle ;
- Les organismes chargés de la procédure ;
- Les conséquences de la méconnaissance ou de l'échec de la procédure et les voies de recours dans ce cas.

Des engagements par rapport à la préparation de l'ordonnance sont inscrits dans l'étude d'impact : la poursuite de la concertation avec les professionnels, les services et les autres ministères concernés ; l'identification des impacts – sociaux, économiques et financiers, sur les administrations, en matière d'égalité entre les femmes et les hommes et, sur la jeunesse.

L'article 5 confie au gouvernement une habilitation large et une marge de manœuvre certaine pour mettre en place des dispositifs de recertification des sept professions de santé concernées.

Le contenu d'un projet d'ordonnance est défini et encadré par les termes de la loi d'habilitation, éclairés le cas échéant par les travaux préparatoires. Partant, on peut considérer que le gouvernement dispose d'une assez grande latitude dans la conception du ou des dispositifs, dès lors qu'il respecte le champ d'habilitation de l'article 5, et qu'il ne s'éloigne pas des objectifs affichés dans l'étude d'impact du projet de loi et de son article 3 initial. Pour autant, comme en attestent les comptes-rendus des travaux en commission des affaires sociales sur le projet de loi<sup>26</sup>, une partie du consentement des députés à accorder l'autorisation au gouvernement à légiférer par ordonnance sur cet article tient "*au consensus auprès des professionnels*" se dégageant du rapport Uzan<sup>27</sup>. Si le gouvernement dispose d'une marge pour définir les contours du ou des dispositifs qu'il proposera, elle sera bornée par les éléments posés lors du vote de la loi de 2019.

#### 1.4.4 Un calendrier de mise en œuvre revu avec un report à juillet 2021

L'article 24 de la loi n° 2020-734 du 17 juin 2020 ayant repoussé d'un an le délai prévu pour l'ordonnance sur les médecins, l'échéance de l'habilitation est désormais fixée à juillet 2021.

Comme pour toute ordonnance, le Conseil d'Etat doit être saisi pour avis du ou des projets, et ils doivent être présentés en Conseil des ministres au plus l'avant dernier conseil précédant la date d'expiration du délai d'habilitation. La date limite pour la publication de l'ordonnance est le 25 juillet 2021, pour une entrée en vigueur le 26 juillet au plus tard, soit deux ans après la publication de la loi n°2019-774. Le projet de ratification devra être présenté au plus tard trois mois après la publication, soit un dépôt au Parlement avant la mi-octobre 2021.

---

<sup>25</sup> « Nous souhaitons élargir la recertification à d'autres professions à ordre en réponse à une demande pressante de leur part. Nous proposerons donc un amendement à cet effet. Cette mesure n'ayant absolument pas été explorée dans le rapport de M. Uzan, elle nécessitera de la concertation. Les six ordres concernés nous ont adressé une demande expresse pour s'inscrire dans la démarche de recertification, qui avait déjà été inscrite comme une obligation par la Conférence nationale de santé en 2016, mais n'avait pas été engagée. Il y a en outre une demande forte et pressante de la part des usagers et des patients. »

<sup>26</sup> Voir notamment les rapports de Stéphanie RIST et Thomas MESNIER au nom de la commission.

<sup>27</sup> Gaël LE BOHEC, rapporteur pour avis, estimait ainsi qu'"il y a eu globalement un consensus fort dans l'ensemble des auditions – pas seulement du côté des professionnels de santé, mais aussi de tous les gens que nous avons entendus".

Les obligations de consultation préalable applicables aux « textes réglementaires », que ce soit aux termes d'une disposition législative ou d'une disposition réglementaire, s'imposent aux ordonnances. Même s'il n'existe pas d'obligation en matière de concertation avec le parlement sur les projets d'ordonnances, le gouvernement s'est engagé à associer des parlementaires aux travaux<sup>28</sup>.

**Vu l'alignement des délais pour les médecins et les six autres professions, le gouvernement pourra proposer une ordonnance unique couvrant l'ensemble du champ. La mission a établi une liste des consultations obligatoires et un rétro-planning indicatif (annexe 5).**

## 2 Les positions des parties prenantes et les enseignements des consultations sur les éléments à définir pour la recertification

Les positions rapportées dans cette partie sont tirées des rendez-vous et échanges qu'a eus la mission avec les parties prenantes entre décembre 2020 et février 2021 et de l'exploitation des réponses au questionnaire (voir annexe 2 liste des personnes rencontrées et annexes 10 et 11 sur les répondants).

Le questionnaire de la mission (présenté dans son intégralité en annexe 9), a été bâti à partir des propositions du rapport du comité de Serge Uzan, des éléments discutés autour de la loi du 24 juillet 2019, d'une analyse des contributions, de la documentation et de la littérature disponibles, de premiers échanges avec les acteurs institutionnels (ministère, HAS, CNAM, ANDPC) et des réflexions propres de la mission.

Ainsi qu'indiqué à ses destinataires dans le message d'envoi, le questionnaire déroulait sous forme de questions les différentes conceptions de la recertification et choix ou options théoriquement envisageables, et proposait aux répondants de se positionner. Il était précisé que les options proposées n'étaient ni exhaustives ni toutes expertisées dans leur faisabilité. Il était possible d'en proposer d'autres dans les nombreuses cases d'expression libre incluses dans le questionnaire.

A l'issue d'une campagne de recueil des réponses qui a été ouverte du 3 décembre 2020 au 14 janvier 2021 (deux prolongations de délai pour permettre au plus grand nombre de s'exprimer le cas échéant après consultation de son bureau ou de ses mandants), la mission a recueilli :

\*Pour la campagne « générale » : 28 réponses validées (soit 32,1 %) et 19 partielles (soit 21,8 %, non prises en compte dans les pourcentages ci-après) sur 87 invitations envoyées, et 40 invitations non-ouvertes.

\*Pour la campagne « conseils nationaux professionnels » conduite avec la FSM : 44 réponses validées (soit 94 %) et 3 invitations non ouvertes (soit 6 %)<sup>29</sup>.

Par ailleurs, la mission a ré-adressé le questionnaire à des parties prenantes soit qui n'y avaient pas répondu, soit qui n'en avait pas été destinataires, pour préparer des entretiens ou les trois tables-rondes tenues par la mission (voir en annexe 2 la liste des personnes rencontrées et les participants aux trois tables-rondes.

De leur grande majorité, les interlocuteurs de la mission étaient très au fait du projet de mettre en place une démarche de recertification. 72 % des répondants non CNP avaient connaissance des propositions formulées par le rapport 2018 du comité de pilotage présidé par le Pr Uzan, pourcentage montant à 91 % pour les CNP.

Ils avaient été dans une moindre mesure associés ou contributeurs aux travaux du comité de pilotage de Serge Uzan, (35 % des répondants au questionnaire général, 30 % pour les CNP), ce qui n'est pas

<sup>28</sup> "Je prends l'engagement formel de vous associer à la co-construction, mais je pense qu'il est nécessaire, pour le bien-être de nos concitoyens, d'avancer rapidement dans la transformation de notre système de santé."

<sup>29</sup> La liste des répondants aux deux questionnaires figure en fin d'annexes 10 et 11 présentant les résultats de la campagne.

anormal du fait que ce comité n'était missionné que sur les médecins et s'était appuyé sur les représentants de certaines catégories d'acteurs (par exemple la FSM pour représenter les CNP).

## 2.1 Les entretiens et échanges avec les parties prenantes ont fait apparaître un intérêt pour le sujet et le souhait de voir des orientations dévoilées

La mission a pu largement - et souvent longuement - échanger avec les parties concernées. Sans vouloir ni pouvoir viser à une exhaustivité ou une représentativité totale dans les prises de contacts et les rendez-vous menés, elle a conduit une cinquantaine de réunions ou d'échanges à distance.

### **Catégories de parties prenantes que la mission a rencontrées et tables-rondes organisées**

Elles peuvent être schématiquement classées en deux catégories :

\* Les institutions ou structures susceptibles de jouer un rôle dans la mise en œuvre d'une démarche de recertification ou d'être impactés par cette dernière.

Parmi elles on peut lister les directions des ministères concernés, le secrétariat général des ministères sociaux, les ordres professionnels, les hautes autorités, caisses ou agences, la FSM, les CNP et autres collèges ou conseils professionnels (collège de la médecine générale, conseil national de la pharmacie), conférence des doyens des facultés de médecine, France assos santé, opérateurs de compétences ...

\* Les diverses représentations des professionnels des sept professions et des employeurs des professionnels salariés.

Parmi elles, les syndicats de professionnels libéraux, de salariés, de personnels médicaux et non médicaux hospitaliers, l'Union nationale des professionnels de santé, les associations d'étudiants en santé, les fédérations d'établissements de santé, les conférences de CME ou de directeurs d'hôpitaux, ministère de l'Education nationale pour les professionnels des services de santé scolaire...

Par ailleurs, la mission a organisé trois tables-rondes en visioconférence :

\* table-ronde avec les syndicats représentatifs des salariés et agents de la fonction publique hospitalière : 28 janvier 2021

\* table-ronde avec les associations et syndicats de médecins et biologistes hospitaliers : 2 février 2021

\* table-ronde avec les associations d'étudiants en santé : 2 février 2021

Par ailleurs, elle a échangé à de très nombreuses reprises, avec :

\* Le cabinet du ministre des solidarités et de la santé et la DGOS, commanditaires de la mission

\* Le Pr Serge Uzan, au titre du Comité de pilotage qu'il a présidé et de son intérêt maintenu pour la recertification

\* Le président et la déléguée générale de la FSM, qui conduit une réflexion active et dynamique sur cette question et le rôle que pourraient jouer les CNP dans cette démarche.

\* La directrice et l'équipe de direction de l'ANDPC

Les interlocuteurs que la mission a rencontrés étaient intéressés par la question et disponibles malgré le contexte sanitaire ou les autres urgences qui les mobilisaient. Ils sont très en attente que l'Etat dévoile ses orientations pour la mise en œuvre de l'article 5 de la loi de 2019 et prenne leur attache sur un avant-projet pour des concertations – et ce assez indépendamment de leur degré d'adhésion sur le principe de la mise en place d'une démarche de recertification. Il y a donc une vraie demande de « voir et de savoir » ce que serait le projet.

**S'agissant du positionnement général des interlocuteurs de la mission, il apparaît comme globalement favorable à la mise en œuvre de l'habilitation reçue par le gouvernement et la mise en place d'une démarche de recertification en France.**

### 2.1.1 Le soutien à la recertification réside surtout parmi les institutions du système de santé

La HAS et la CNAM voient d'un œil favorable la recertification, en tant que levier nouveau pour promouvoir la qualité des pratiques et des soins.

Les Ordres, à l'origine de la demande de mettre en place une recertification y sont toujours très favorable sur le fond ; ils y voient également un moyen de renforcer la police de la déontologie, d'améliorer leur image en défendant mieux l'intérêt des patients ou d'asseoir leur légitimité.

Les CNP fédérés par la FSM y voient un moyen de promouvoir la qualité des pratiques, et de renforcer leur rôle vis-à-vis des professionnels de leur périmètre. Hors FSM, le CNP de la pharmacie y est favorable, de même que le Collège de la médecine générale (CMG), qui est toutefois plus réservé.

### 2.1.2 Les associations de patients ou de consommateurs fédérées dans France assos santé soutiennent et attendent beaucoup d'une démarche de recertification.

Les attentes principales sont liées à l'accélération du progrès médical, la disparité des pratiques et la « iatrogénie » les pratiques à risques pour les patients (y compris l'hygiène et la qualité des locaux professionnels), l'amélioration de l'exercice et notamment les orientations des patients, et la promotions d'un meilleur usage des outils informatiques.

La recertification pourrait favoriser l'évaluation des pratiques de la part des professionnels, en veillant à plus promouvoir les types d'actions qui ne sont pas purement de formation cognitive.

### 2.1.3 Les syndicats de praticiens hospitaliers et d'étudiants en santé y sont favorables sur le principe mais se montreront attentifs aux modalités avant de confirmer leur soutien ;

Les syndicats de praticiens hospitaliers sont favorables sur le principe, dès lors qu'une liberté de choix des actions existe et que le modèle de recertification est suffisamment ouvert pour faire rentrer des actions conduites au sein des établissements hospitaliers, sous l'égide des commission médicales d'établissements.

En particulier, ils demandent que les actions de type réflexif comme l'EPP soit prises en compte avec plus de souplesse et de marge d'adaptation que ce qui est également demandé dans le cadre du DPC.

Ils souhaitent que la recertification soit cohérente avec ce font les autres pays, les professionnels étant aussi mobiles à l'international et ne devant pas souffrir d'une démarche qui sera en décalage avec les démarches notamment des pays anglo-saxons.

Enfin, ils demandent de pouvoir accéder au DPC dans les mêmes conditions de financement que les médecins libéraux.

#### 2.1.4 Les fédérations hospitalières publiques et privées (la FEHAP étant plus ouverte sur le sujet) y sont moins favorables, en tout cas pas à court terme ou sur un périmètre large

Ainsi, les fédérations d'employeurs se sont montrées assez défavorables au projet et à ses conséquences possibles. La FHF et surtout la FHP étaient les plus inquiètes, la FEHAP étant plus mesurée et dans une attitude constructive.

La FHP a estimé que si le projet néanmoins prospérait, il faudrait réserver la recertification aux seuls médecins, avec une périodicité de 10 à 15 ans et une mise en œuvre pour le flux de nouveaux diplômés. Cette position est fondée sur le contexte 1) de surcharge de travail des professionnels et des services de ressources humaines des établissements 2) de pénurie de professionnels notamment infirmiers, qui fait craindre que la recertification en fasse fuir ou suspendre certains 3) de crise du financement de la formation depuis la réforme de la formation professionnelle de 2018.

La FHF est prudente sur le sujet, et pose la question du degré de priorité qu'on accorderait à mettre en place la recertification dans le contexte actuel. Il lui semblerait nécessaire, plutôt, de réformer en profondeur le DPC. Elle estime que pour qu'une démarche de recertification puisse prospérer, il faut que cela ne soit pas trop lourd et intégré à ce que font déjà les professionnels. Elle demande dans tous les cas une mise en œuvre progressive et une attention particulière aux petits établissements, notamment médico-sociaux.

La FEHAP considère que la recertification pourrait être un levier incitatif pour mobiliser les professionnels et les accompagner plus largement vers la formation, la capitalisation sur les compétences que l'on acquiert avec la pratique, le travail sur la relation avec les patients ou les familles. Pour la fédération, il conviendrait de faire un lien entre recertification des professionnels et avec la procédure de certification des établissements de santé, pour bien les articuler.

#### 2.1.5 Les syndicats de salariés sont réservés

Les syndicats de salariés craignent eux que la recertification soit une formalité supplémentaire et impossible à remplir, avec des arguments analogues à celles des fédérations d'employeurs.

Ils pointent les difficultés d'accès à la formation, avec la question de la non-transposition de la réforme de la formation professionnelle au secteur public, notamment s'agissant de l'entretien tous les deux ans permettant de faire le point sur les besoins de formation. L'entretien annuel dans la fonction publique ne permettrait que rarement d'aborder les besoins de formation. Ils évoquent la question des refus des hiérarchies d'autoriser le suivi de formations pour raison de service.

Ils expriment par ailleurs la crainte de voir la sanction des professionnels salariés en cas de non recertification confiée aux Ordres, ce qui renforcerait la position des Ordres et singulièrement de l'Ordre des infirmiers<sup>30</sup> et exposerait possiblement les professionnels à une forme d'arbitraire.

En contrepoint, ils estiment que la recertification pourrait être l'occasion de redonner du sens au DPC et en revoir les modalités de mise en œuvre, notamment par rapport au secteur public.

La CGT estime que le postulat de base du rapport Uzan est intéressant, mais qu'il ne faut pas être dans la coercition mais dans l'accompagnement des professionnels. Elle ne doit pas répliquer la

---

<sup>30</sup> Le droit prévoit actuellement, qu'il s'agisse de sanctions ou d'insuffisance professionnelle, que les procédures ordinaires peuvent compléter, sans se confondre avec elles, les procédures disciplinaires qui relèvent de l'autorité de nomination (juridiction universitaire pour les professeurs d'université-praticiens hospitaliers ; directeur du Centre national de gestion pour les praticiens hospitaliers ; directeur d'établissement pour les personnels médicaux hors médecins et non médicaux).

certification des établissements de santé. Il faudra dans tous les cas prendre en compte le degré d'autonomie du professionnel, la recertification étant plus adaptée pour les médecins que pour les professionnels paramédicaux. Elle rappelle l'opposition intersyndicale à l'obligation de l'inscription des infirmiers salariés à l'Ordre national des infirmiers.

L'UNSA est largement sur les mêmes positions, jugeant difficile la transposition du rapport Uzan aux personnels non médicaux. Elle souligne la difficulté pour les salariés d'accéder aux formations qui sont souhaitées, du fait de la tension sur le temps de travail ou de financements limités.

La CFDT – fédération Santé sociaux pourrait être d'accord sur son principe si elle sert à aider les professionnels à accéder effectivement à des actions de formation et d'actualisation des compétences, estimant que la crise sanitaire a montré les besoins d'adaptation des professionnels, qui parfois de par une spécialisation progressive au fil de leur carrière perdent une partie des compétences globales qui étaient les leurs à l'issue de leur diplomation. Elle considère que si les Ordres étaient compétents pour sanctionner le non-respect, il conviendrait de l'assortir de garanties sérieuses de procédure pour éviter l'arbitraire ou l'hétérogénéité des pratiques des conseils ordinaires, et mettre en place des procédures de « deuxième chance » (stages de reformation) pour les professionnels non recertifiés.

### 2.1.6 Les unions ou syndicats de professionnels libéraux sont au mieux attentistes, et le plus souvent sceptiques sur la possibilité qu'une telle démarche puisse fonctionner.

Les syndicats de professionnels libéraux ayant répondu au questionnaire sont d'opinions assez différentes sur la recertification, parfois au sein d'une même profession.

L'Union nationale des professionnels de santé a indiqué à la mission ne pas encore avoir adopté de position sur la recertification. Le président de l'UNPS estime que si la démarche consiste en une réévaluation des connaissances et des compétences, cela sera mal reçu par les professionnels. Il affiche une préférence pour un dispositif privilégiant l'incitation plutôt que la coercition, et qui soit mise en œuvre en flux pour les nouveaux professionnels. Ce qui lui semble le plus important est de garantir un accès à une formation continue régulière, en redonnant aux professionnels un rôle principal dans le pilotage du DPC, jugé trop lourd et rigide, décourageant les opérateurs de la formation de professionnels. L'UNPS exprime son insatisfaction par rapport aux conséquences de la réforme de la formation professionnelle, et au fléchage d'une partie des financements vers des formations hors champ de l'exercice professionnel.

## 2.2 Les réponses au questionnaire montrent une adhésion au principe de mise en place d'une démarche de recertification, une convergence sur ses objectifs et résultats attendus, assorties de réserves et conditions

### 2.2.1 Les positions quant à l'opportunité et les objectifs de la recertification

En réponse à la question sur ce qui rend aujourd'hui opportune ou nécessaire la mise en place d'un système de recertification des professionnels de santé en France, une majorité de répondants adhère au principe de la mise en place d'une démarche de recertification des professionnels de santé.

C'est particulièrement le cas des institutions et des ordres professionnels, des CNP mais aussi de syndicats de professionnels libéraux ou salariés.

Les motifs les plus souvent mis en avant sont « *l'évolution des compétences (...) très rapide* » et les enjeux de qualité des pratiques et des soins. Les CNP insistent plus que les autres répondants sur cette prise en compte de l'évolution rapide et permanente des connaissances, y incluant tant les progrès médicaux scientifiques que celle des techniques et les supports numériques associés, facteurs de modification des métiers.

Ainsi, s'agissant de la qualité des soins, un syndicat de praticiens hospitaliers estime qu'une telle démarche pourrait donner « *la garantie d'une prise en charge conforme aux bonnes pratiques pour les usagers mais également pour le système de soin* » et « *accompagner le praticien dans ses carences ou faiblesses pour que sa pratique quotidienne reste au niveau requis* ».

Un autre champ d'attente concerne les dispositifs de formation et de développement professionnel continu, dont une évolution est attendue préalablement ou à l'occasion de la mise en place de la recertification.

Ainsi, la conférence des directeurs généraux de CHU estime qu'elle pourrait remédier au « *manque de clarté du dispositif de DPC qui peine à être suivi par les professionnels médicaux au regard de la complexité du dispositif et la non-reconnaissance de formations néanmoins utiles* » et permettre de prendre en compte la « *situation de certains praticiens qui nécessitent une remise à niveau* ».

Cette remédiation aux difficultés en matière d'accès au DPC est également mise en avant par une des conférences de présidents de CME hospitalière qui cite « *la complexité et la non lisibilité du DPC* ».

D'autres répondants n'ont pas de réserves de fond sur le principe, mais sont plus réservés quant à l'utilité ou l'opportunité de la mettre en place en 2021, dans le contexte où la crise sanitaire mobilise les professionnels et les préoccupations de leurs représentants. Ainsi le Collège de la médecine générale juge que « *L'épidémie de covid rend probablement nécessaire de reporter une nouvelle fois; il est très difficile de mobiliser les membres (...) sur les actions courantes, la covid prend beaucoup d'énergie, ajouter un dossier innovant dès 2021 fait que nous avons des difficultés à mobiliser les personnes compétentes pour y travailler* ».

Un syndicat de pharmaciens d'officine note aussi que « *la recertification n'est pas opportune dans le contexte actuel, car les pharmaciens sont focalisés sur la gestion de la crise sanitaire* ».

La vision la plus négative ou la plus réservée vient de certains représentants des professionnels libéraux ou des médecins généralistes ayant répondu au questionnaire.

Un syndicat de médecins libéraux juge ainsi qu'il y a une « *absence de nécessité* » d'avancer à court terme », mais aussi « *l'intérêt de susciter l'adhésion sur la base du volontariat du caractère non sanctionnant et de l'accompagner d'une valorisation* ».

La Conférence Nationale des Unions Régionales des Professionnels de Santé des Médecins Libéraux est plus négative, estime qu'il n'y a « *aucun intérêt de cette réforme* », les pouvoirs publics devant « *plutôt aider les personnels de santé dans leurs activités plutôt que les contraindre avec des normes* ».

### **Les attentes exprimées**

Les attentes exprimées sont majoritairement positives quant à l'apport potentiel de la recertification en termes de qualité des soins, de garantie de la réalité du maintien des compétences, connaissances et pratiques professionnelles par un suivi régulier et évaluatif. Mais les réponses traduisent également une exigence de faire sens par rapport aux professionnels, de la simplicité et de « *non-lourdeur* » du dispositif (« *simplicité, efficacité, équité* »).

La réponse suivante de la conférence de directeurs généraux de CHU résume bien ces points : « *Qu'il soit suffisamment clair pour permettre l'adhésion et la compréhension des professionnels et qu'il soit suffisamment pertinent pour donner du sens à ce qui apparaîtra comme une énième réforme de la formation médicale continue* ».

Plusieurs répondants insistent sur la dimension d'accompagnement des professionnels dans cet effort de maintien, en estimant que la dimension contraignante ou de sanctions ne doit pas être l'unique levier. La dimension incitative est souvent mise en avant.

Une des conférences de présidents de CME du secteur public considère les possibles évolutions tout au long des carrières professionnelles et estime que la recertification peut « *offrir un réel continuum entre formation initiale et formation tout au long de la vie et permettre des réajustements ou des changements de carrière* ».

### 2.2.2 Les objectifs de la recertification et les résultats attendus

Appelés à classer par ordre d'importance les objectifs d'une recertification, les répondants placent nettement en tête les questions de l'amélioration la sécurité des soins et de la qualité des soins.

Comme objectifs prioritaires de la recertification viennent ensuite à quasi égalité le fait de disposer d'un levier supplémentaire pour répondre à des enjeux de santé publique et ceux de renforcer la confiance des patients et de clarifier l'offre de soin en distinguant les professionnels entre eux sur la base de critères objectifs.

S'agissant des résultats attendus, quatre résultats recueillent nettement plus d'opinions favorables et sont considérés comme prioritaires (par ordre de préférence des répondants) :

- Entretenir les compétences acquises en formation initiale
- Elargir l'accès des professionnels à la formation ou à l'évaluation des pratiques
- Diminuer le nombre et la gravité des évènements indésirables
- Améliorer la santé et la qualité de vie au travail des professionnels de santé

Les Ordres et les syndicats de professionnels plébiscitent particulièrement ces quatre points.

Les répondants positionnent également assez haut les résultats attendus suivants, en les considérant le plus souvent comme moins prioritaires.

- Disposer d'un levier pour diffuser et valoriser les bonnes pratiques
- Accélérer l'application des résultats de la recherche et des progrès technologiques
- Favoriser l'adéquation de la formation des professionnels aux besoins et attentes de leurs patients
- Prévenir les risques majeurs de santé publique et maintenir les compétences socle de type premiers secours

Les résultats attendus suivant sont un peu moins cités et moins prioritaires :

- Identifier les professionnels en insuffisance professionnelle pour les re-former ou leur retirer le droit d'exercice

- Contrebalancer par un label objectivé et reconnu la publication d'avis subjectifs, biaisés ou diffamatoires (avec néanmoins 5 répondants défavorables ou opposés)

En revanche, le résultat « Disposer de critères publics de comparaison ou de choix entre professionnels » ne suscite pas l'adhésion, 14 répondants y étant même défavorables ou opposés.

Enfin, sur le nom du dispositif proposé par le comité présidé par Serge Uzan de "Certification et valorisation périodique du parcours professionnel », le nom proposé pour le dispositif convient à 43 % des répondants, contre 54 % qui en préféreraient un autre.

## 2.3 Les éléments à préciser pour les ordonnances et le positionnement des parties prenantes

### 2.3.1 Le périmètre des professionnels concernés

Il appartient à l'ordonnance de "déterminer les professionnels concernés par cette procédure de certification". L'ordonnance devra donc rappeler les sept professions concernées et, au sein de ces professions, les professionnels soumis à cette obligation.

#### 2.3.1.1 Sept professions concernées, soit un champ plus restreint que le DPC

Par défaut, elle exclut des professions de santé parfois importantes par leur nombre ou leur activité : orthophonistes, orthoptistes, ergothérapeutes, opticiens, aides-soignants etc ... On peut se poser la question, à terme, du bien fondé d'exclure des professions parfois numériquement importantes et dont le rôle dans le système de santé est loin d'être négligeable. Le sujet méritera donc d'être repris.

Si l'article 5 ne vise pas explicitement les biologistes médicaux, spécialité importante en nombre, qui peuvent être soit des docteurs en médecine soit des docteurs en pharmacie ayant obtenu le diplôme d'études spécialisées (DES) en biologie médicale, ceux-ci sont bien dans le champ de la recertification.

Un premier travail d'indentification du nombre de professionnels concernés a été conduit sur la base des statistiques publiques par la mission, résumé dans le tableau ci-dessous.

Tableau 1 : Estimation du nombre de professionnels du système de santé concernés

Profession	Nombre de professionnels recensés par le RPPS/ADELI	Libéraux exclusifs	Mixtes	Salariés hospitaliers	Autres salariés	Principal employeur	Nombre de professionnels éligibles au DPC
Médecins	226219	46%	12%	31%	12%	Cabinet libéral (43%)/Hopital public (26%) - en fonction des spécialités	128610
Chirurgiens-dentistes	42348	82%	6%	2%	10%	Cabinet libéral (86%)	37356
Pharmaciens	73818	41%	0%	12%	46%	Officine (69%)	27657
Sage-femmes	22812	21%	10%	63%	6%	Hopital public (50%)	6666
Infirmiers	700988	18%	0%	65%	17%	Hopital public (49%)	122341
Masseurs-kine	87991	80%	0%	15%	4%	Cabinet libéral (74%)	70738
Pédicure-podologue	14039	98%	0%	1%	1%	Cabinet libéral (97%)	13782
<b>Total</b>	<b>1168215</b>						<b>407150</b>

Source : DREES, CNAM

Manquent, dans ce premier recensement, les professionnels qui sont « hors champ » du système de santé, et qui représentent parfois des volumes importants (médecins et infirmiers du travail, qui sont

environ 4500 et 2150 respectivement, médecins et infirmiers scolaires soit 960 et 8 000 respectivement, professionnels de santé de la PMI etc...).

### 2.3.1.2 Tous les modes d'exercice sont visés, dès lors qu'une activité de soins est exercée

L'article d'habilitation permet de prendre *"toute mesure relevant du domaine de la loi relative à l'exercice des professions de médecin, de chirurgien-dentiste, de sage-femme, de pharmacien, d'infirmier, de masseur-kinésithérapeute et de pédicure-podologue visant à créer une procédure de certification"*. La procédure vise donc des professionnels exerçant leur profession, telle que définie dans le code de la santé publique. *A contrario*, elle ne concerne pas ceux des professionnels qui n'exercent pas ou plus leur profession en France.

Agnès Buzyn a en outre précisé lors des débats : *"Tous les professionnels, quel que soit leur statut ou leur mode d'exercice, seront soumis à la recertification, dès lors qu'ils sont en contact avec des patients."* Cette notion mérite d'être prise avec recul, car de nombreux médecins ou professionnels exercent leur métier sans forcément être en contact direct avec le patient, notamment en établissement (biologistes, épidémiologistes, département de l'information médicale etc). Par ailleurs, d'autres médecins comme les médecins de santé publique ou les médecins-conseils, s'ils ne pratiquent pas ou peu d'actes, sont appelés à contrôler l'activité médicale d'établissements ou d'autres professionnels.

Pour préciser la notion d'exercice de la profession, plusieurs références peuvent être utilisées, valables pour une grande majorité de professionnels, permettant de ne pas avoir recours uniquement à des critères nouveaux :

- Retenir les professionnels inscrits au tableau de leur ordre ;

Ce critère a le mérite de la simplicité et de la traçabilité. Néanmoins, les multiples exceptions à l'inscription obligatoire et le caractère parfois facultatif, parfois interdit de l'inscription au tableau (professionnels de santé du service de santé des armées) nécessite une analyse fine. L'annexe 6 en présente quelques éléments.

Dans une vision plus large, l'idéal serait d'inclure tous les professionnels exerçant l'activité à laquelle ouvre droit le diplôme d'Etat dont ils sont titulaires, se prévalant de ce diplôme, y compris s'ils ne pratiquent que l'expertise, le management, la communication. Toutefois, on se heurterait à des difficultés d'indentification de l'ensemble de ces professionnels, et à des difficultés de suivi et de contrôle en recourant à un critère aussi large.

S'agissant des médecins, il n'est en revanche pas possible de s'appuyer pour les identifier sur le dispositif de l'accréditation de l'article L4135-1 du CSP car 1) elle est réservée aux médecins ou équipes médicales d'une même spécialité exerçant en établissements de santé et réservée à certaines spécialités particulièrement exposées au risque professionnel 2) elle est facultative.

- S'appuyer sur le champ des professionnels soumis à obligation de DPC

Cette option présente l'intérêt de s'appuyer sur la définition et l'identification déjà existante des professionnels soumis à obligation de DPC, sachant en outre que le DPC sera certainement une composante importante de la procédure de recertification.

L'avantage de s'ancrer sur le DPC pour identifier les professionnels concernés est de tirer parti de l'existence du document de traçabilité (DDT) individuel, avec un compte personnel qui peut être ouvert sur [www.mondpc.fr](http://www.mondpc.fr). Après une montée en charge progressive, il permet depuis juillet 2020 aux professionnels salariés d'ouvrir un compte (30 000 ouverts à ce jour par ces derniers).

La mission a demandé dans le questionnaire à se positionner sur le critère qui leur apparaissait le plus pertinent. Une majorité de répondants est pour l'acceptation large des professionnels devant entrer dans le champ de la recertification : tous ceux qui se prévalent de leur diplôme pour exercer leur activité ou, avec moins de suffrages, ceux inscrits au tableau ordinal ou soumis à l'obligation de DPC.

### 2.3.1.3 La question du champ de l'obligation et du volontariat

Un des choix les plus déterminants pour la conception et le "gabarit" du dispositif de recertification proposé par le rapport Uzan et repris par le gouvernement lors de la discussion de la loi de juillet 2019 est de réserver l'obligation de recertification aux seuls nouveaux professionnels achevant leurs études à partir de sa date d'entrée en vigueur.

Ainsi que l'a indiqué Agnès BUZYN en séance publique *"la recertification concernera le flux. Pour les médecins déjà installés, elle reposera sur le volontariat. En revanche, elle sera obligatoire pour les médecins sortis après la réforme du troisième cycle."*

Ce choix était justifié par l'idée qu'on ne pouvait inscrire un dispositif de recertification que dans le cadre d'études réformées, au regard du contenu de la certification initiale qu'il s'agira d'actualiser. Cependant, la reconnaissance du titre de médecin et de l'autorisation d'exercer découle, légalement, d'une qualification et non d'une certification. Si l'on suit cette orientation, le champ des professionnels concernés par cette procédure obligatoire sera centré, pour les médecins, sur les sortants de la réforme du troisième cycle des études de médecine (avec un calendrier initialement calé sur une fin du cursus en novembre 2021 pour les étudiants en DES de médecine générale dont la maquette est d'une durée de trois ans, et 2023 à 2024 pour les autres spécialités / DES).

Indépendamment des questions politiques, juridiques et/ou techniques qui rendent une application en flux plus facile, ce choix n'est pas complètement intuitif : ce sont les professionnels les plus récemment et *"actuellement"* formés qui se verront appliquer, au fil des promotions plus X années, l'obligation de se recertifier. Certes, pour les autres, il existerait toujours l'obligation déontologique de tenir à jour leurs connaissances, et l'obligation d'entrer dans le DPC.

Cette position s'appuie sur l'idée que la recertification, s'accompagnant de mesures permettant aux professionnels d'en arguer (information sur des sites publics) s'ils l'obtiennent, entraînera spontanément un engagement volontaire des professionnels sur lesquels l'obligation ne pèse pas.

La question se posera non seulement concernant les médecins mais également concernant les autres professions. Celles-ci ne connaissant pas une réforme de leur scolarité comparable à celle des médecins, il pourra sembler moins justifiable, les concernant, de n'appliquer l'obligation de recertification qu'aux entrants.

## 2.3.2 Les modalités de la recertification

### 2.3.2.1 Choix dans la définition du champ des critères rentrant dans la recertification

L'article 5 de la loi définit ainsi l'objectif de la recertification : *"à échéances régulières au cours de la vie professionnelle, (...) garantir le maintien des compétences, la qualité des pratiques professionnelles, l'actualisation et le niveau des connaissances"*.

Cette définition de la recertification recoupe sur certains items - ce qui n'est pas illogique car elle l'englobe pour partie - les objets du DPC.

Le rapport proposait donc comme premier bloc de recertification la "*formation tout au long de la vie*" en s'appuyant sur le DPC. Comme l'engagement dans une démarche d'accréditation vaut démarche de DPC, le rapport Uzan proposait que la recertification soit en tout ou partie acquise par l'accréditation de l'article L4135-1 du CSP.

En additionnant ces deux sources dans leur définition du CSP, on obtient un premier cercle de composante de la recertification périodique, sachant que ces démarches sont suivies sur 3 ans pour le DPC et 4 ans pour l'accréditation (voir l'annexe 12 sur ces deux dispositifs).

Ces deux blocs à eux seuls (le second étant pour l'heure réservé aux équipes des spécialités à risque, en particulier celles des blocs chirurgicaux) couvrent une partie des objectifs inscrits dans l'article 5.

Le rapport Uzan propose d'y ajouter les blocs suivants :

- La preuve d'une « activité professionnelle maintenue », ainsi que l'investissement du professionnel dans des domaines autres que le soin et à titre principal l'enseignement et la formation, la recherche ;
- Les démarches d'amélioration de la qualité de sa relation avec les patients ;
- Les démarche de préservation de sa qualité de vie et de sa santé ;
- L'absence de signaux « négatifs » dans l'activité.

S'il est très consensuel d'intégrer dans la recertification les démarches de formation continue, dont le DPC, la question de l'objectif à atteindre en la matière et l'unité de compte dans lequel l'exprimer est complexe, les différentes actions "comptant" pour la recertification à ce titre pouvant être très diverses. Faute d'autres points de comparaisons, l'ANDPC dans son rapport d'activité pour 2018 montre que les professionnels engagés dans au moins une action de DPC ont comptabilisé en moyenne 1,35 action, représentant en moyenne 8h30 par inscription, et 11h30 par professionnel.

Les répondants au questionnaire sur cette question privilégient la réalisation de 3 actions par an, mais 47 % préconisent un choix autre :

- D'autres seuils, celui de 40 heures / an (« moyenne européenne ») ou d'une action / an revenant le plus souvent ;
- Une pondération des actions en fonction de crédits, définie le cas échéant par le CNP de spécialité, pour prendre en compte leur nature.
  - L'activité professionnelle maintenue

Se positionnant sur la question ouverte du questionnaire, plusieurs répondants évoquent l'idée d'un seuil en temps d'activité professionnelle moyen exprimé en demi-journées ou en nombre d'heures par semaine (de 3 à 4 demi-journées ou 17h à 20h par semaine). D'autres répondants avancent une définition prenant en compte le maintien de la pratique et l'inscription au tableau de l'ordre, dès lors que le professionnel souscrit à ses obligations de maintien des connaissances et compétences (DPC et hors DPC). D'autres enfin voient plutôt la prise en compte la non-interruption plus ou moins longues de l'exercice professionnel (5 ans par exemple).

Les réponses au questionnaire montrent plus de réserves sur la question de savoir si l'on intègre ou non les trois derniers blocs proposés par le rapport Uzan.

- l'absence de signaux "négatifs"

Sauf à s'appuyer exclusivement sur les condamnations ordinales ou pénales pour faute ou pour insuffisance professionnelle, il conviendrait de bâtir un dispositif généralisé de transmission des signalements, plaintes ou événements indésirables graves.

- La démarche d'amélioration de la relation avec le patient

Les répondants ont une vision large de cette démarche, les quatre réponses proposées réunissant au moins 60 % de réponses favorables :

- L'attention aux conditions matérielles d'accueil des patients (hygiène et sécurité des locaux, respect des horaires (60,7 %)
- Un effort d'information et d'écoute des patients (89,3 %)
- La collecte d'un feedback des patients sur la qualité et la sécurité des soins reçus (64,3 %)
- L'accompagnement des patients dans son environnement et ses besoins (67,9 %)

Une des réponses libres à la case « autres » synthétise bien l'ensemble de ces éléments : « *Une formation à la relation, aux principes des entretiens motivationnels et à l'intervention brève, une réflexion éthique en commun, autrement dit un socle minimum de formation avec mise en pratique initiale et continue.* » Sont cités également la tenue d'un dossier patient avec traçabilité des actions effectuées mise à jour régulièrement, et la mise en place d'actes de pharmacie clinique.

Si l'intervention d'un contrôle ou d'une évaluation extérieurs sont a priori exclu par le rapport Uzan et peu retenus par les répondants au questionnaire, une auto-évaluation par le professionnel pourrait également être envisagée pour certains items, notamment sur la relation avec les patients.

### 2.3.2.2 Choix pour le cadrage de la recertification (référentiels)

Le rapport Uzan propose de confier aux CNP et au CMG la mission d'élaborer les référentiels de recertification, avec l'appui de la HAS. Depuis la réforme du troisième cycle des études de médecine mise en place en 2017, chaque spécialité médicale (44 DES) dispose d'un référentiel de compétences et d'une nouvelle maquette de formation. Ces éléments, également disponibles pour les autres professions de santé, seraient complétés par des recommandations professionnelles issues notamment de la HAS et des sociétés savantes et par des indicateurs afférents.

### 2.3.3 Les modalités de l'obligation, son contrôle et ses sanctions

#### 2.3.3.1 Les modalités de la recertification

Le rapport Uzan proposait une recertification tous les 6 ans (soit deux périodes de DPC), comprenant environ 15 à 30 jours par an de formation (sous différentes formes et « cumulables ») et moins de 3 heures de collecte des données (par an).

Cette périodicité tous les 6 ans conviendrait à 75 % des répondants au questionnaire, et ne conviendrait pas à 21,4 %. Parmi ces derniers, une majorité préconise un rythme quinquennal, un répondant un rythme du 9 années.

Les données seraient remontées le plus automatiquement possible et en limitant les saisies par les professionnels, et consignées au sein d'un portfolio calqué sur celui qui enregistre les éléments de certification initiale. Le compte de traçabilité du DPC en serait une source d'alimentation essentielle.

Un « tiers de confiance » intégrerait les composantes médicales, des patients et des syndicats, pour gérer certaines étapes de la procédure.

**Une majorité de répondants au questionnaire de la mission souscrit à l'idée d'un système de crédits qui permet de comptabiliser tout au long des 6 années les actions suivies par les professionnels.**

### 2.3.3.2 Le suivi, le contrôle et la sanction de l'obligation

Le rapport Uzan préconise une évaluation en temps réel grâce à un livret individuel (le portfolio), un algorithme et un système d'information dédié. La synthèse des données, sous forme de l'attestation finale de certification et de valorisation, serait hébergée pour les médecins par l'Ordre National des Médecins avec une accessibilité de l'information pour le public et les usagers (comme [transparence.gouv](https://www.transparence.gouv.fr/)).

Le distinguant volontairement du DDT du DPC, le rapport Uzan propose d'adopter le portfolio d'ores et déjà utilisé pour retracer les compétences et connaissances des nouveaux diplômés des facultés (médecins, chirurgiens-dentistes, pharmaciens), et parfois d'autres professions dont certains des modules sont consignés dans un portfolio (masseurs-kinésithérapeutes, décret n° 2015-1110 du 2 septembre 2015 relatif au diplôme d'Etat de MKR). Une attention devra être apportée pour les professions autres que médicales et pharmaceutique sur l'évolution des "certificats" de la diplomation initiale pour la reprocher de la logique de portfolio.

L'objectif poursuivi par le rapport Uzan est d'éviter les situations de non recertification, avec une insistance très forte sur l'anticipation de ce risque au moyen d'un système d'alertes et d'aide aux médecins en difficulté, qui se verraient proposer des actions permettant un ou deux ans avant l'échéance de compléter leurs "crédits".

S'agissant de la sanction de la non certification, elle se traduirait par une attestation de non-conformité, mais ne donnerait pas obligatoirement lieu à la mise en œuvre d'une procédure d'interdiction d'exercice ou d'insuffisance professionnelle.

### 2.3.3.3 Les facteurs d'attractivité pour les professionnels non-soumis à obligation

Si l'option de n'imposer l'obligation qu'aux nouveaux entrants se confirme, l'attractivité du dispositif pour les professionnels soumis à simple volontariat constitue un enjeu à part entière. Il s'agit, comme on l'a dit, d'un point d'attention du Conseil d'Etat.

Face à la diversité des modes et contextes d'exercice existant au sein des 7 professions concernées par la recertification, il apparaît risqué de considérer qu'une seule solution conviendra à tous. L'étude de l'adhésion actuelle des différents professionnels aux dispositifs de DPC, de formation continue et d'accréditation montre de fortes disparités d'intérêt en fonction des spécialités ou modes d'exercice.

La publication des recertifications peut, certes, constituer un facteur d'attractivité pour les professionnels qui exercent dans un contexte de forte concurrence (exercice libéral, soins non-urgents qui laissent le temps au patient de se renseigner sur les praticiens, importante offre de soin sur le territoire, existence d'associations de patients actives...). Mais elle pourrait s'avérer moins efficace pour faire adhérer les professionnels dont la patientèle est faiblement intéressée par les

qualifications du professionnel (ex: pharmaciens d'officine) ou ne dispose pas d'un véritable choix du professionnel qui intervient (ex: urgences, sage-femme, infirmiers). Le contexte actuel de sous-population médicale qui impacte de nombreux territoires et spécialités constitue à ce titre une limite considérable à l'efficacité du levier concurrentiel.

Les professionnels fortement exposés à un risque de sinistralité (anesthésistes-réanimateurs, spécialités chirurgicales), pourraient également être intéressés par la recertification en tant que preuve de leur professionnalisme, a fortiori si celle-ci est, à terme, prise en compte par les assurances pour calculer le montant des cotisations - c'est l'une des raisons pour lesquelles les dispositifs d'accréditation et de certification de la HAS rencontrent l'adhésion qu'ils connaissent actuellement.

Une multitude de facteurs peuvent influencer sur l'intérêt des professionnels pour la recertification : au-delà du mode d'exercice (hôpital public/salariat/libéral), de la densité des professionnels de même exercice sur le territoire, et de la sinistralité/de l'exposition aux risques/du nombre de plaintes de patients, on peut aussi penser au niveau d'information et d'exigence des patients, à leur volatilité/captivité (soins ponctuels ou réguliers), qui varient en fonction des soins pratiqués ou encore au rapport des professionnels à l'innovation, à la recherche et à la formation continue, aux enjeux de réputation pouvant exister au sein de la communauté professionnelle...

L'analyse de ces facteurs devra permettre d'identifier l'intérêt principal pouvant motiver les professionnels à adhérer à la recertification ainsi que les principaux freins qu'ils peuvent rencontrer afin d'identifier les mesures les plus pertinentes pour chaque situation, l'objectif étant que tout professionnel soit intéressé, à au moins un titre, par la recertification.

Un élément réclame une vigilance particulière : pour que la recertification soit attractive en elle-même, et pas seulement en raison des dispositifs d'intéressement, financiers ou non, qui pourront l'accompagner, elle doit permettre de différencier de façon suffisamment forte.

Parmi les facteurs qui semblent avoir amélioré, au cours des dernières années, l'adhésion des médecins à l'idée d'une recertification, on relève en effet des motifs tels que le souci pour les médecins diplômés en France de se distinguer des médecins à diplômes étrangers ou l'espoir de disposer d'une reconnaissance objective de leurs qualités professionnelles face aux avis parfois très critiques exprimés par certains patients sur internet.

#### 2.3.4 Le pilotage et la gestion des différents blocs du dispositif

Sur cette question, pour lequel le questionnaire de la mission invitait à positionner en Pilote ou en Contributeur différentes institutions ou organisations, les répondants ont joué le jeu en désignant souvent des pilotes uniques, mais de plus nombreux contributeurs à chacune des missions.

Le tableau-ci-dessous donne une synthèse des suffrages qui est intéressante non seulement sur les préférences exprimées en termes de pilotage, mais aussi le grand nombre de contributeurs que les répondants pensent devoir être sollicités pour faire fonctionner la recertification.

Sur l'ordre des choix :

- Pilotage : Etat pilote à 50 %, sinon la FSM (39,3 %) ou les Ordres professionnels (35,7 %). La HAS est le contributeur le plus souvent cité (42,9 %).
- Elaborations des référentiels : les CNP pilotes à 75 %, sinon la HAS à 32 %. La HAS est le contributeur le plus souvent cité (53,6 %)
- Validation des référentiels : partage des voix pour le pilotage entre les CNP et la HAS. Les premiers contributeurs cités pour leur validation sont les ordres professionnels.

- Collecte et consolidation des données : pour le pilote, les ordres professionnels arrivent en tête (35,7 %), puis l'ANDPC (32,1 %) Comme contributeurs sont le plus souvent cités à parité à 57 % les employeurs et les organismes de formation.
- Pour le suivi et la validation de l'obligation ; les ordres sont majoritairement vus comme pilotes (53,6 %), les CNP arrivant en deuxième position ; comme contributeur, le rôle des employeurs est mis en avant à 53,6 %.
- Pour l'accompagnement et le respect de l'obligation, les ordres sont cités comme devant être pilotes par 57,1 % des répondants, sinon l'Etat pour 25 %. Les employeurs et les syndicats sont cités comme contributeurs par 53,6 % des répondants.

Tableau 2 : Synthèse des réponses sur le positionnement des acteurs

P = pilote de la mission ; C = contributeur à la mission	pilote stratégique		élaboration des référentiels		Validation des référentiels		Collecte consolidée des infos		Suivi et validation de l'obligation		Accompagnement non respect de l'obligation	
	P	C	P	C	P	C	P	C	P	C	P	C
Etat	50,0%	35,7%	7,1%	46,4%	10,7%	42,9%	17,9%	42,9%	17,9%	39,3%	25,0%	35,7%
Fédération des spécialités médicales et/ou Conseils nationaux professionnels	39,3%	32,1%	75,0%	17,9%	50,0%	32,1%	28,6%	32,1%	28,6%	25,0%	17,9%	35,7%
Haute autorité de santé	28,6%	42,9%	32,1%	53,6%	50,0%	32,1%	7,1%	39,3%	3,6%	39,3%	3,6%	35,7%
Agence nationale du DPC	25,0%	28,6%	21,4%	25,0%	21,4%	21,4%	32,1%	32,1%	14,3%	42,9%	7,1%	35,7%
Ordres professionnels	35,7%	39,3%	14,3%	53,6%	10,7%	53,6%	35,7%	39,3%	53,6%	25,0%	57,1%	28,6%
Structure ad hoc à créer	14,3%	17,9%	3,6%	17,9%	3,6%	25,0%	7,1%	25,0%	10,7%	21,4%	7,1%	25,0%
Assurance maladie	3,6%	46,4%	0,0%	42,9%	3,6%	39,3%	7,1%	35,7%	3,6%	39,3%	7,1%	42,9%
Centre national de gestion	3,6%	39,3%	7,1%	28,6%	3,6%	28,6%	10,7%	25,0%	7,1%	35,7%	10,7%	46,4%
Organisations syndicales et professionnelles (de libéraux ou salariés...)	32,1%	46,4%	17,9%	57,1%	10,7%	46,4%	10,7%	35,7%	7,1%	42,9%	10,7%	53,6%
Employeurs	3,6%	46,4%	7,1%	35,7%	3,6%	35,7%	3,6%	57,1%	3,6%	53,6%	3,6%	53,6%
Associations de patients	7,1%	53,6%	0,0%	50,0%	7,1%	39,3%	7,1%	28,6%	7,1%	25,0%	0,0%	39,3%
Organismes de formation	3,6%	35,7%	3,6%	46,4%	3,6%	35,7%	3,6%	57,1%	3,6%	42,9%	0,0%	39,3%
OPCO (y.c. ANFH)	0,0%	35,7%	0,0%	25,0%	0,0%	25,0%	3,6%	35,7%	0,0%	32,1%	0,0%	32,1%

Source : Exploitation du questionnaire par la mission IGAS

### 2.3.5 Le financement du dispositif

Aucun chiffrage du coût et des modalités de financement du dispositif n'est précisé dans le rapport Uzan ou dans l'étude d'impact de la loi de juillet 2019. Le rapport Uzan proposait que :

- Ce qui relève d'un choix de santé publique impose à la tutelle d'en assurer le financement
- Ce qui relève du praticien lui-même et de son exercice et 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).
- Le financement du fonctionnement du dispositif

En fonction des options choisies pour le pilotage et la gestion du dispositif, des scénarios devront être chiffrés en coût complet et coût marginal si on s'appuie sur des institutions déjà compétentes sur une partie de la procédure. Un des facteurs importants de coût sera la question du recours ou non à des médecins ou professionnels experts pour contrôler les éléments entrant dans la recertification.

Différents postes de coûts seront à identifier :

- Coûts de pilotage
- Coûts de suivi et de contrôle des actions recertifiantes
- Elaboration des référentiels
- Elaboration des questionnaires d'auto-évaluation

- Création du ou des SI, et/ou d'adaptation des SI existants
  - Maintenance des SI
- Le financement des actions souscrites par les professionnels

Ce deuxième sujet de financement est plus complexe et lourd à chiffrer que le premier. S'il est certain que le DPC sera une composante essentielle de la recertification et que l'on estime que le DPC est déjà "correctement financé", les coûts le financement des autres actions que le rapport Uzan propose d'inclure sont à expertiser : démarches d'amélioration de la qualité de sa relation avec les patients, démarches de préservation de sa qualité de vie et de sa santé...

Les parties prenantes étaient invitées à se positionner sur trois grands modalités de financement du dispositif :

- Un financement public exclusif ou majoritaire pour les actions de recertification, assorti d'une politique d'agrément et de contrôles par une (ou des) autorité(s) publique(s) ;
- Des financements publics pour les seules actions de recertification agréées et relevant de priorités nationales, et des financements privés mutualisés (OPCO, employeur) ou individuels pour les autres actions ;
- Des financements privés (mutualisés ou individuels) pour toutes les actions, avec des aides ou remboursements publics compensant une partie des coûts.

Les deux premières modalités proposées (financements publics majoritaires avec contrôles, financements publics et mutualisés selon les actions) arrivent à parité dans les réponses à l'enquête hors CNP, les CNP Ils évoquent avant tout une augmentation des financements publics, provenant soit de l'assurance maladie via la dotation de l'ANDPC ou la HAS par l'accréditation, soit d'une augmentation de la contribution des employeurs pour les salariés.

### **3 Les recommandations de la mission pour une construction simple, exigeante et pragmatique du dispositif de recertification**

A l'aune des expériences étrangères, nationales et des consultations, la mission estime que les facteurs clés de l'adhésion à et de l'effectivité d'une démarche de recertification au service de la qualité des soins sont les suivants. Il s'agit de concevoir un dispositif de recertification qui :

- Fasse sens à la fois aux yeux des professionnels, des institutions et du public :
  - Prolonge et s'appuie sur la formation initiale suivie, sans la dupliquer et en l'actualisant et en l'appréciant « en situation de travail » ;
  - S'articule avec les dispositifs existants notamment de qualité et de maîtrise des risques sans les redonder ou concurrencer.
- Soit compréhensible et lisible :
  - Fonctionne sur la confiance, en privilégiant la déclaration d'actions validées, vérifiées ou labellisées ou, à défaut, l'autoévaluation ;
  - Limite au maximum les charges de gestion pour les professionnels, les employeurs et les institutions qui la mettent en œuvre.

- Soit crédible et donc exigeante :
  - Apportant une vraie valeur ajoutée pour garantir la qualité des soins ;
  - Renforçant la confiance du public dans les professionnels.

### 3.1 Grands principes et temporalité

Pour parvenir aux objectifs identifiés et consensuels relevé en partie 2, il faut que la recertification prolonge la formation initiale suivie, sans la dupliquer, en actualisant les savoirs acquis. Il faut également qu'elle incorpore – ou, à tout le moins, prenne en compte - en les « créditant » les dispositifs existants du DPC et de formation continue, de démarche qualité, de maîtrise des risques, en ajoutant de nouveaux dispositifs sur l'attention au patient et à la santé propre des professionnels.

Ces différentes actions seraient suivies dans le cadre d'un « compte recertification » alimenté au fil des actions suivies ou des déclarations portées par le professionnel à son compte, sur une temporalité de 6 ans, peut-être un peu longue au regard des comparaisons internationales, mais qui serait compensée par le rythme triennal qui serait conservé pour l'obligation de DPC.

**La mission, suivant en cela les préconisations du rapport du comité présidé par Serge Uzan, écarte des modalités de recertification qui seraient fondées sur la passation de tests ou d'épreuves « dans les conditions de la diplomation initiale » ou sur une évaluation individuelle annuelle par un pair ou un comité de pairs habilités à cet effet.**

**Recommandation n°1** Construire une recertification qui valorise par des crédits la souscription aux différents types d'actions existantes quand elles sont probantes, et d'en ajouter de nouvelles mises à disposition au fil du temps et allant dans le sens d'une plus grande garantie de qualité des pratiques professionnelles, sur une périodicité de 6 ans.

La recertification devra en outre, pour faire sens, prendre en compte le « métier » exercé dans la période, ne pas être calquée sur le cadre de référence des médecins ou des professions médicales, et ne pas considérer uniquement la spécialité d'origine mais aussi l'activité exercée.

#### Le cas des changements de spécialisation des médecins

Un médecin ayant validé un diplôme d'études spécialisées complémentaire de groupe 2 (dit DESCQ) pouvait changer de spécialité par rapport à son DES initial. Il doit alors choisir entre ces deux spécialités et il serait logique qu'il soit recertifié sur la spécialité exercée sur la période de recertification. Par ailleurs, un médecin pouvait obtenir au travers de la validation des acquis de l'expérience universitaire (DESC de groupe 1) ou ordinale la possibilité d'exercer une discipline non-qualifiante (par exemple la médecine du sport, l'addictologie). Certaines de ces disciplines sont suffisamment spécifiques pour justifier que le médecin soit recertifié sur leur exercice, dont certaines sont couvertes par un CNP associé à un CNP principal. La réforme du 3<sup>ème</sup> cycle et la possibilité d'obtenir un « deuxième DES » posera le même type de question.

Ainsi, s'agissant des professionnels autres que médecins, il conviendra de prendre en compte des types d'exercice pouvant être très différents au sein des professions de chirurgiens-dentistes, de sages-femmes, de pharmacien, d'infirmier, de masseur-kinésithérapeute et de pédicure-podologue. Par exemple, une sage-femme ayant obtenu un DIU d'Échographie Gynécologique et Obstétricale ne sera pas forcément à recertifier sur le même référentiel qu'une sage-femme spécialisée sur les séances de préparation à l'accouchement et le suivi post-partum.

**Recommandation n°2** Adopter un cadre de recertification qui soit adapté aux différentes professions, spécialités, grands métiers et types d'exercice, afin d'éviter tout décalage avec la réalité de l'exercice des professionnels.

### 3.2 Pilotage du processus de recertification et définition des rôles

Sur la base de ses entretiens et des réponses au questionnaire, la mission estime qu'il faut définir et présenter un schéma d'ensemble pour positionner les différentes missions et les différentes institutions et parties prenantes, le cas échéant assorti d'options à soumettre à la concertation.

Aux yeux de la mission, la proposition du rapport de 2018 de donner un rôle de pilotage global mais aussi opérationnel de la démarche de recertification à un conseil nouveau (CNCV ou autre) n'est pas à suivre. L'expérience montre qu'il est difficile pour une structure de type conseil de remplir des missions à la fois stratégiques de pilotage et de mise en œuvre si elle n'est pas l'organe de gouvernance d'une structure solide dotée d'une direction et de services, dans le cadre de missions et de moyens clairement définis. Un conseil non assis sur un établissement public ou une agence ne saurait que jouer un rôle d'orientation ou d'avis, et non conduire des actions opérationnelles ou un suivi individuel de près d'un 1,2 million de professionnels de santé.

De leurs côtés, les Ordres professionnels ne sont pas bien positionnés, et ne revendiquent d'ailleurs plus ce rôle. Bien qu'étant voués à être centraux dans la démarche de recertification, et leur association indispensable à la définition de chacune de ses étapes, ils ne sont ni suffisamment légitimes, ni dotés de suffisamment de leviers d'action pour les superviser toutes.

Quant aux conseils et collèges nationaux professionnels, ils doivent jouer un rôle majeur dans l'identification de celles des catégories d'actions qui sont les plus adaptées et pertinentes pour être prises en compte dans la recertification de chaque profession, spécialité ou métiers. Toutefois, ils ne sont pas bien positionnés de par leur statut, l'adhésion des professionnels de leur champ n'étant pas prévue par les textes, leurs missions, qui ne comporte pas de pouvoirs propres vis-à-vis des professionnels individuellement considérés, leur mode de fonctionnement et de financement pour porter à eux seuls toute la chaîne de la recertification.

Enfin, la CNAM ou l'ANDPC, même en étendant leurs missions et en faisant évoluer leur gouvernance, pourraient difficilement être considérés comme légitimes pour coordonner l'ensemble des acteurs d'une démarche de recertification. Elles n'en sont d'ailleurs pas demanderesse.

Par rapport aux grands blocs de missions ou de fonctions, la mission préconise de réfléchir à partir d'un schéma où chacune des institutions existantes des positionnements ou options suivantes :

**Pilotage de la recertification** : Etat et/ou HAS, en associant les parties prenantes dans un conseil national

**Elaboration des référentiels de recertification** : Conseils et collèges nationaux professionnels, sur méthodologie HAS, avec validation par une commission scientifique.

**Gestion des comptes de recertification** : Opérateur nouveau ou gestion déléguée à l'ANDPC

**Suivi et contrôle de la recertification** : Ordres professionnels

**Accompagnement des professionnels** : CNP et CMG, autres conseils, ANDPC, employeurs, OPCO

### 3.2.1 L'Etat garant et pilote stratégique de la recertification, la HAS positionnée sur le pilotage scientifique

Compte tenu de l'importance que pourrait jouer la recertification en termes de garantie de la qualité et de la sécurité des soins, qui liée au droit fondamental à la protection de la santé des personnes<sup>31</sup>, et dans la conduite des objectifs de la politique nationale de santé<sup>32</sup>, qui comprend les enjeux de d'adéquation de la formation des professionnels à leur exercice, il est justifié que ce soit l'Etat qui soit garant de cette démarche et qui mettent en place le cadre réglementaire, opérationnel et financier permettant sa bonne mise en œuvre, au travers d'un pilotage stratégique.

De par ses missions actuelles (édiction de recommandations de bonne pratique, certification des établissements de santé et pilotage de l'évaluation externe des établissements médico-sociaux et sociaux, accréditation des équipes des spécialités à risque), la HAS couvre largement le champ d'exercice des sept professions concernées.

**Recommandation n°3** Confier le rôle de pilotage stratégique global de la recertification au ministère chargé de la santé, et le pilotage scientifique à la Haute autorité de santé

La question du rôle des universités et organismes de formation initiale dans le dispositif se pose à plusieurs niveaux. Comme en témoigne la saisine sous double timbre Santé / Enseignement supérieur de Serge Uzan, l'implication des universités et singulièrement des facultés dans la recertification est logique et souhaitable.

D'une part, les universités et écoles de formation initiale doivent être impliquées dans le dispositif de certification, car ce sont elles qui "sanctionnent et enregistrent", à partir des maquettes de formation arrêtées par l'Etat, les certifications acquises par les étudiants, au travers des portfolios ou leurs équivalents. D'autre part, les universités ou écoles peuvent être des organismes de DPC, enregistrés auprès de l'ANDPC, conduisant des actions éligibles à l'obligation de DPC. Enfin, les universités et les facultés pilotent des diplômes universitaires (DU, DIU) dont certains s'apparentent plus à des cycles de formation continue qu'à des diplomations initiales, et sont parfois pilotes de cycles de reformation de professionnels ayant interrompu longtemps leur exercice.

**Recommandation n°4** Associer le ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche et la Conférence des doyens de facultés de médecine au pilotage du dispositif.

<sup>31</sup> Article L1110-1 du CSP : « Le droit fondamental à la protection de la santé doit être mis en œuvre par tous moyens disponibles au bénéfice de toute personne. Les professionnels, les établissements et réseaux de santé, les organismes d'assurance maladie ou tous autres organismes participant à la prévention et aux soins, et les autorités sanitaires contribuent, avec les usagers, à développer la prévention, garantir l'égal accès de chaque personne aux soins nécessités par son état de santé et assurer la continuité des soins et la meilleure sécurité sanitaire possible ».

<sup>32</sup> Article L1411-1 du CSP : « La Nation définit sa politique de santé afin de garantir le droit à la protection de la santé de chacun. La politique de santé relève de la responsabilité de l'Etat. Elle tend à assurer la promotion de conditions de vie favorables à la santé, l'amélioration de l'état de santé de la population, la réduction des inégalités sociales et territoriales et l'égalité entre les femmes et les hommes et à garantir la meilleure sécurité sanitaire possible et l'accès effectif de la population à la prévention et aux soins.

La politique de santé comprend : (...)

9° La promotion des activités de formation, de recherche et d'innovation dans le domaine de la santé ;

10° L'adéquation entre la formation initiale et continue des professionnels de santé et l'exercice de leurs responsabilités ;

### 3.2.2 La nécessaire association des parties prenantes

Si la mission préconise de donner un rôle important à l'Etat de garant global et de pilotage stratégique de la recertification, elle est convaincue qu'une association très étroite des parties prenantes est indispensable pour assurer le succès de la démarche.

Cette association doit porter sur la mise en œuvre bien sûr, mais également sur la préparation et l'adoption des orientations stratégiques. Elle doit être sincère et ne pas consister à communiquer des informations ou relever des positions sur des décisions déjà prises, mais bien à favoriser une forme de co-construction ou de recherche de consensus, comme savent le faire les Hauts conseils du champ de la protection sociale.

Elle pourrait prendre la forme d'une instance de gouvernance, jouant un rôle en quelque sorte de « board », et pourrait être nommée CNCV comme le proposait le rapport Uzan, ou Conseil national du maintien des certifications (CNMC). Il aurait un rôle d'orientation marqué par l'édition d'« avis ». Ces derniers n'auraient le caractère de décision administrative, mais seraient rendus publics.

Cette instance pouvant être présidée par une personnalité qualifiée nommée par les ministres chargés de la santé et de l'enseignement supérieur, compterait comme membres :

- Des parlementaires
- Des représentants de l'Etat
- Des représentants d'associations de patients membres de France Assos santé
- Un représentant de chaque ordre professionnel
- Un représentant de la HAS, du Haut conseil du DPC, de la CNAM, de l'UNOCAM
- Un représentant de la FSM, un du CMG, et un de chaque conseil professionnel hors CNP
- Un représentant des conférences de présidents de CME
- Le président de la conférence des doyens
- Des représentants des syndicats interprofessionnels de salariés
- Des représentants des syndicats de professionnels de santé
- Des représentants des fédérations d'établissements
- Des représentants des associations d'étudiants en santé
- Des représentants de l'ANDPC et des OPCO

Au-delà des CNP et du CMG avec lesquelles elle a une collaboration établie, le rôle scientifique de la HAS lui demanderait de travailler en s'appuyant sur une commission. C'est un mode de travail bien ancré à la HAS, qui se traduit généralement par la création d'une commission scientifique, soit décidée par le règlement intérieur validé par son collège<sup>33</sup>, soit réglementée par décret en conseil

---

<sup>33</sup> S'agissant de la certification des établissements de santé, la HAS est dotée d'une Commission de Certification des Établissements de Santé (CCES), présidée par un membre du collège, qui réunit vingt membres permanents ayant voix délibérative, nommés par décision du collège pour une durée de trois ans renouvelables. Au moins deux des membres permanents de la commission sont choisis parmi les adhérents d'associations de malades et d'usagers, les autres membres

d'Etat. Le recrutement des membres se fait par appel à candidature. La gouvernance à mettre en place par la HAS pour le pilotage scientifique de la certification pourrait s'appuyer sur son expérience en la matière.

Une autre option, si l'on ne souhaite pas alourdir la HAS d'une nouvelle mission « en propre » sur ce champ nouveau de la recertification, mais toutefois bénéficier de l'expérience et de l'appui de la Haute autorité, serait de créer par décret une commission scientifique indépendante présidée par une personnalité qualifiée (et non un membre du collège de la HAS), et de l'adosser à la Haute autorité de santé qui en assurerait une forme de « secrétariat général ».

**Recommandation n°5** Prévoir deux instances pour le pilotage de la recertification, l'une d'orientation stratégique et de concertation sous la forme d'un conseil national, l'autre à caractère scientifique, sous la forme d'une nouvelle commission règlementée de la HAS ou d'une commission scientifique indépendante adossée à la HAS.

### 3.3 Périmètre de la recertification

#### 3.3.1 Professionnels concernés

La mission recommande d'inclure dans le périmètre initial de la recertification les professionnels des sept professions et l'ensemble des statuts d'exercice, en prenant en compte les problématiques particulières des professions majoritairement sous statut ou salariées.

Elle propose de retenir à titre principal le critère de l'inscription au tableau de l'ordre professionnel, qu'elle soit obligatoire ou une possibilité.

La mission recommande de conduire une réflexion particulière s'agissant des professionnels des industries de santé et s'agissant en particulier des pharmaciens, de ceux exerçant dans les sections B et C, dont l'exclusion du champ de la recertification pourrait être légitime de par les obligations pesant sur les employeurs en matière de formation et de GDR.

La mission recommande que les praticiens-conseils de l'assurance maladie et les professionnels de santé du ministère de la santé, des agences régionales de la santé et des agences sanitaires soient inclus dans la démarche de recertification. Le secrétaire général des ministères sociaux et la CNAM partagent cette préconisation.

En revanche, suivant en cela l'avis du Service de santé des armées, la mission recommande de ne pas rendre obligatoire la démarche de recertification pour les professionnels y étant en activité (ils sont déjà soumis à l'obligation de DPC selon des modalités particulières).

**Recommandation n°6** Adopter un critère large pour les professionnels concernés par la recertification : tous ceux qui doivent ou peuvent être inscrits au tableau de l'ordre.

#### 3.3.2 Caractère obligatoire ou volontaire de la recertification

Au regard des analyses de la mission et des consultations conduites, trois options sont en définitive envisageables, pouvant le cas échéant être combinée ou donner lieu à des variantes :

---

étant choisis au regard de leurs compétences et de leur expertise, notamment dans le domaine de la gestion de la qualité et de la gestion des risques.

1) Obligation pour l'ensemble des professionnels dans les mêmes conditions et le même calendrier

Il est clair aux yeux de la mission que la première option serait la plus satisfaisante s'agissant de l'objectif de mobiliser l'ensemble des professionnels dans l'actualisation de leurs connaissances et compétences, et vers la qualité des pratiques, en les plaçant tous dans la même obligation de recertification. C'est elle qui offrirait les meilleures garanties de qualité et de sécurité des soins aux patients. Enfin, sur le plan des principes et du principe d'égalité, cette option est la plus « juste ».

Toutefois, outre des considérations d'acceptabilité qui peuvent entrer en ligne de compte, elle a deux inconvénients : ne pas prendre en compte le fait que la pratique professionnelle contribue à la maîtrise des actes des professionnels au moins sur le volet « habileté » (« *Practise makes perfect* ») ; créer un effet d'entrée simultané d'un grand nombre de professionnels dans la démarche, avec les questions opérationnelles délicates de gestion de gros volumes de professionnels à suivre et d'« effet falaise » qui se poseront à l'échéance de la période sexennale.

2) Obligation seulement pour le flux de nouveaux diplômés et certains professionnels

La deuxième option centre l'obligation sur les professionnels nouvellement diplômés à compter d'une date à inscrire dans le projet d'ordonnance, en prévoyant que certains professionnels plus anciennement diplômés pourraient être placés dans la même obligation. Les autres professionnels pourraient souscrire volontairement à la démarche de recertification.

Elle a le mérite de mobiliser de façon prioritaire des jeunes professionnels encore proche de leur formation initiale et qui seront au fait, avant de commencer leur exercice professionnel, qu'ils auront à entretenir leur « portfolio » de compétences et leurs connaissances tout au long de leur vie professionnelle. Elle peut avoir une vertu d'émulation, car si dans 6 ans de jeunes professionnels bénéficient d'une attestation de recertification, ils auront un avantage dont ne profiteront pas les professionnels en activité n'ayant pas souscrit à cette démarche.

Certains professionnels pourraient dans cette option être placés dans la même obligation que les nouveaux diplômés primo-inscrits :

- les professionnels ayant obtenu une première inscription au tableau de leur ordre, quelle que soit la date et le lieu d'obtention de leur diplôme y compris les professionnels à diplôme EU ou à diplôme étranger hors UE ;
- les professionnels ayant obtenu leur réinscription au tableau de leur ordre après une interruption longue d'activité ;
- les professionnels reprenant leur exercice après avoir été suspendus pour insuffisance professionnelle (tous recours exercés), par leur ordre professionnel ;

Cette option a néanmoins le désavantage, en apparence et dans les faits, de réserver principalement la démarche de vérification des connaissances et compétences aux professionnels les plus récemment diplômés, et de ne pas concerner potentiellement ceux qui le sont le plus anciennement, qui sont de fait les plus éloignés de leur formation initiale.

### 3) Obligation pour l'ensemble des professionnels selon des délais et des modalités différenciées.

Cette dernière option permettrait de concilier plusieurs impératifs et de répondre aux inconvénients des deux premières. Elle pourrait fonctionner sur le principe suivant :

- Les professionnels nouvellement diplômés ou inscrits au tableau de leur ordre devraient souscrire aux exigences de la recertification sur une période de 6 ans, avec un nombre plein de crédits à obtenir ;
- Les professionnels en activité devraient souscrire aux exigences de la recertification sur une première période de 9 ans, l'entrée dans la démarche étant volontaire les trois premières années, puis obligatoire à partir de la quatrième année. Ils se verraient appliquer un « bonus » en termes de crédits dès lors qu'ils auraient une activité professionnelle supérieur au mi-temps sur les dix dernières années (voir *infra*).

Ainsi, on mettrait en place un dispositif impliquant l'ensemble des professionnels, mais sur un calendrier adapté pour les professionnels en exercice, évitant par ailleurs l'« effet falaise ». Enfin, comme la première période de trois ans serait fondée sur le volontariat, les professionnels proches de la retraite ne seraient pas concernés par l'obligation.

Les crédits obtenus sous pendant la période d'une participation volontaire les trois premières années seraient conservé pour les professionnels s'y étant engagés, soit une incitation forte à entrer avant la date de passage à l'obligation.

**Recommandation n°7** Inscrire l'ensemble des professionnels des sept professions visées par l'article 5 dans cette démarche de recertification, sur une période de 6 ans pour les nouveaux diplômés ou inscrits au tableau et sur une première période de 9 ans pour les professionnels en activité, avec possibilité d'y entrer avant sous forme de volontariat. La périodicité reviendrait ensuite à 6 ans.

## 3.4 Contenu de la recertification – actions rentrant en compte pour la recertification

Il est particulièrement important de bien conserver les différents termes cités dans l'article 5 de la loi de 2019 pour respecter le cadre l'habilitation, et de les inscrire dans un dispositif global porté par des référentiels nationaux de recertification.

### 3.4.1 Une recertification individuelle dans le cadre de référentiels nationaux

Prolongeant l'obligation déontologique de formation et celle légale de développement professionnel continu, la recertification serait une démarche responsabilisant individuellement les professionnels concernés. Elle demandera évidemment un accompagnement par les différentes institutions, qui passe en premier lieu par la définition et la fourniture de référentiels nationaux de recertification, adaptés aux différentes professions, spécialités et cadres professionnel d'exercice, pour faire sens par rapport à la pratique des différents professionnels et être pleinement appropriés.

Ces référentiels doivent donc être suffisamment spécifiques pour garantir la qualité de pratiques professionnelles de plus en plus spécialisées ou techniques pour certaines catégories de professionnels, tout en restant très généralistes et larges pour d'autres (médecins généralistes, pédiatres, médecins du travail, médecins de santé publique ou conseil). Ils doivent être en nombre suffisant pour couvrir cette diversité dans les besoins d'actualisation et de développement des compétences et des connaissances et des pratiques professionnelles.

S'ils doivent bien couvrir une large palette de spécialités et d'exercices, les référentiels ne peuvent et de ne doivent pas rentrer dans toute la diversité et le détail des sur ou sous-spécialisations. Cela ne serait tout d'abord pas opérationnellement possible de couvrir tout le champ des spécialisations, et ne prendrait pas en compte le fait que les carrières professionnelles ne sont pas rectilignes, qu'on peut changer de surspécialisation ou d'exercice particulier, et que les professionnels, quel que soit la sur-spécialisation, restent appelés à conseiller ou adresser leurs patients sur un champ de questions plus large que cette dernière.

A tout le moins, on peut imaginer que des référentiels de recertification seront à définir :

- Au moins pour chacun des exercices professionnels couverts par un conseil national ou collège national professionnel. Cela concerne l'ensemble des CNP, le CMG, les collèges des autres professions ;
- Pour ceux des collèges à périmètre large ou qui englobent des exercices très différents, plusieurs référentiels pourraient être établis (par ex., au sein de l'exercice de la santé publique, un référentiel de recertification particulier pour la médecine scolaire, qui est rattachée au CNP santé publique) ;
- Pour des exercices professionnels très « transverses » et difficilement rattachables à un conseil ou un collège, la définition de référentiels *ad hoc*. Ce serait par exemple tout à fait nécessaire pour les professionnels des services d'inspection, de contrôle ou de conseil : praticiens conseils de l'assurance maladie, médecins et pharmaciens inspecteurs de santé publique...

**Recommandation n°8** Elaborer des référentiels de recertification suffisamment nombreux pour être adaptés aux différentes professions, spécialités, types d'exercice et métiers

Cette prise en compte de l'exercice et des préoccupations immédiates des professionnels et de leurs patients, est indispensable. Mais il convient toutefois d'éviter que la recertification ne porte que sur les compétences spécifiquement et directement mise en œuvre. Elle doit également permettre de garantir l'actualisation des connaissances générales initialement acquises notamment lorsqu'elles sont fondamentales pour l'exercice des soins (relations avec le patient, prise en compte du handicap, prévention des violences, risques de santé publique etc).

Les référentiels doivent donc comporter un socle commun à toutes ou certaines professions et spécialités, qui sont à actualiser pour l'ensemble des professionnels couverts par un référentiel, et un ou des volets propres à tel(les) spécialités ou tel(s) type(s) d'exercice.

La HAS serait chargée d'élaborer une méthodologie de définition des référentiels, afin à la fois d'en assurer l'homogénéité et la rigueur scientifique. Dans le cadre des décrets précisant le contenu et les actions entrant en compte pour la recertification, elle donnerait des lignes directrices quant à la composition du socle commun à une plusieurs professions ou spécialités, et aux volets particuliers.

Sur cette base, les CNP et collèges professionnels définiraient les référentiels de recertification. Ces référentiels seraient validés par une commission scientifique, composée sur le modèle des commissions scientifiques de la HAS.

**Recommandation n°9** Confier la définition des référentiels aux conseils et collèges nationaux professionnels, et confier leur validation à une commission réglementée à créer à la HAS ou une commission scientifique adossée à la Haute autorité.

### 3.4.2 Le bloc des compétences et des connaissances

#### 3.4.2.1 La composante formation professionnelle continue et DPC

Les répondants au questionnaire estiment à une très large majorité que les actions suivies au titre du DPC et plus largement les actions de formation professionnelle y compris hors DPC doivent être prises en compte et apporter des crédits pour la démarche de recertification.

**Recommandation n°10** Inclure dans le champ de la recertification l'ensemble des actions prises en compte au titre de l'obligation de DPC, et y faire entrer également des actions inscrites dans les parcours de développement professionnel définis par les conseils ou collèges nationaux professionnels dès lors qu'elles bénéficient d'un « label CNP »

#### 3.4.2.2 Les congrès, colloques et autres journées d'études

Ce type d'action fait l'objet d'une grande attente des professionnels et de critiques sur la difficulté à y accéder et d'y trouver des actions éligibles pour l'obligation de DPC, et d'une nécessaire vigilance des autorités publiques pour s'assurer que s'agissant de leur contenu, modalités et financement (notamment par rapport à l'industrie des produits de santé), ces événements ne soient pas considérés dans leur ensemble et dans toutes leurs programmes comme porteurs d'actions probantes de formation. Du côté des professionnels hospitaliers, on trouve d'une forme de frustration à ne pas avoir le temps et/ou le financement pour plus y participer.

Grâce aux concours de la FEHAP, la mission a pu disposer d'une extraction des données de formation ayant bénéficié d'un financement de l'OPCO santé au bénéfice des médecins salariés des établissements sous convention FEHAP (tableau 3 ci-dessous). L'analyse des 20 postes les plus souscrits en nombre de médecins concernés fait apparaître clairement l'importance de cette participation aux « Journées d'études, colloques, congrès, assises », tant sur le domaine de la santé que sur celui de l'intervention sociale (respectivement les 1<sup>er</sup> et 7<sup>ème</sup> poste de formation).

Tableau 3 : Principaux thèmes de formation des médecins de la branche FEHAP en 2019

Thèmes des formations	Nombre d'actions	Nombre de stagiaires médecins	Montant engagé pour les médecins
Journées d'études, colloques, congrès, assises sur le thème de la santé	872	1 142	962 170
Techniques d'utilisation en imagerie médicale	95	408	215 452
Analyse et évaluation des pratiques sociales	136	345	211 085
Autres formations paramédicales	94	310	247 981
Aide sociale et relation avec les familles	193	308	115 939
Programme de médicalisation du système d'information (PMSI)	126	273	95 976
Journées d'études, colloques, congrès, assises sur le thème l'intervention sociale	189	257	165 998
Autres formations en médecine	129	238	326 629
Outils bureautiques, tableurs et traitements de texte, bases de données	69	214	111 555
Autres formations aux soins et à l'assistance aux personnes	105	207	112 570
Accompagnement éducatif	130	194	84 198
Sécurité et surveillance des locaux (évacuation, incendie, fluides médicaux, gardiennage)	73	163	12 076
Autres formations du domaine de la santé	121	156	342 093
Autre encadrement et animation d'équipe	80	155	135 686
Secourisme	68	150	37 520
Applications informatiques (logiciels, progiciels) liées à la gestion	70	145	51 887
Autres formation aux thérapies	82	140	138 025
Accueil des urgences médicales et paramédicales	47	135	72 823
Utilisation de progiciels (autres que ceux liés la gestion et bureautique)	55	135	35 732
Organisation administrative / Gestion des tâches	56	132	44 975

Source : FEHAP, sur des données de l'OPCO Santé. Comme une même action de formation pouvait regrouper à la fois des stagiaires médecins et non-médecins, la FEHAP a répercuté les "coûts fixes" de chaque action de formation au niveau des stagiaires concernés pour estimer un "coût" individuel global.

Les CNP fédérés par la FSM incluent largement ces événements dans les parcours de formation proposés aux professionnels, dans leur volet « Formation », en prévoyant qu'un « label CNP » puisse permettre de guider les médecins vers ceux de meilleur niveau, à l'exemple du CNP de biologie médicale : « *Actions présentielle de formation : Participation à un congrès de niveau national ou plus (label CNP) ; Participation à une journée, demi-journée de société/association/collèges nationaux reconnus (label CNP)* ». D'autres CNP, comme celui d'addictologie ouvre aux participations à « *une journée ou une demi-journée d'une association régionale reconnue (label CNP)* ».

### 3.4.2.3 Les autres actions concourant à l'entretien ou au développement des compétences et connaissances

D'autres formations que les seules enregistrées au titre du DPC, qu'elles soient éligibles au DPC ou non., pourraient être créditrices. L'exercice de certaines activités est soumis, pour les professionnels concernés, à des obligations ou recommandations fortes de formation continue, dont le contenu ou la fréquence sont protocolisées.

Il serait regrettable et déconnecté de la pratique de ces professionnels de ne pas les prendre en compte au titre de la recertification sur son volet « développement et actualisation des compétences et connaissances ».

Ainsi, il conviendrait à ce titre de prendre en compte :

- Les formations obligatoires pour certaines activités ou professionnels.

A titre d'exemple, il existe une obligation de formation continue des professionnels à la radioprotection des personnes exposées aux rayonnements ionisants à des fins médicales, prévue par l'article L. 1333-11 du code de la santé publique. Elle est mise en œuvre sur la base de décisions de l'Autorité de sûreté nucléaire, homologuées par le ministère chargé de la santé<sup>34</sup>. On peut considérer que le caractère obligatoire et fortement cadré de ces formations leur donne une valeur probante au titre de la recertification pour attester du maintien des compétences et des connaissances en matière de radioprotection, et qu'il suffirait aux professionnels les ayant suivies de les déclarer pour les voir créditées sur leur compte « recertification ».

- Les formations recommandées pour l'exercice de certaines activités

Cela serait le cas des formations prévues par des textes réglementaires ou des recommandations de bonnes pratiques de la HAS (comme par exemple pour la pratique de l'échographie fœtale ou obstétricales<sup>35</sup>).

<sup>34</sup> Voir l'arrêté du 27 septembre 2019 portant homologation de la décision n° 2019-DC-0669 de l'Autorité de sûreté nucléaire du 11 juin 2019 modifiant la décision n° 2017-DC-0585 du 14 mars 2017 relative à la formation continue des professionnels à la radioprotection des personnes exposées aux rayonnements ionisants à des fins médicales.

<sup>35</sup> L'annexe II de l'arrêté du 20 avril 2018 fixant les recommandations de bonnes pratiques relatives aux modalités de réalisation des examens d'imagerie concourant au diagnostic prénatal et aux modalités de prise en charge des femmes enceintes et des couples lors de ces examens recommande :

- de se soumettre régulièrement à une formation continue portant spécifiquement sur ce domaine ; - de s'engager dans un processus d'évaluation de leurs pratiques et d'avoir une activité régulière et suffisante pour garantir la qualité et la sécurité de leurs pratiques ;
- de travailler en lien avec un ou plusieurs réseaux de périnatalité, un ou plusieurs CPDPN et des échographistes réalisant des échographies à visée diagnostique de manière à assurer un parcours de soin coordonné aux femmes enceintes.

#### 3.4.2.4 Les autres activités concourant à l'entretien ou au développement des compétences et connaissances

La mission propose de prendre en compte, dans le cadre des référentiels nationaux de recertification, les activités d'enseignement, de recherche, de participation à des commissions scientifiques, de participation à des expertises scientifiques, dès lors qu'elles se déroulent dans un cadre de traçabilité, de rigueur et d'indépendance conforme à l'esprit de la recertification (université et instituts de formation de professionnels de santé, CHU ou instituts de recherche, mobilisation par la HAS ou des agences sanitaires suite à appel à candidature etc).

**Recommandation n°11** Permettre une valorisation au titre de la recertification des activités d'enseignement, de recherche, ou de participation à des commissions scientifiques

S'agissant de la question de l'apport des revues scientifiques pour l'actualisation des connaissances, la mission a noté la demande de pouvoir le prendre en compte dans la démarche de recertification. Les CNP les intègrent d'ailleurs fréquemment dans les parcours de développement professionnel. La mission estime toutefois qu'il serait difficile de prendre comme seul critère la déclaration d'abonnement à une revue comme garantie qu'elle est lue et les nouvelles connaissances appropriées par le professionnel. Les réunions de revue bibliographique ou de journal club sont déjà une méthode de formation validée par la HAS, pouvant être déclarées au titre du DPC. Elle pourrait de même être créditée au titre de la recertification. Il pourrait être réfléchi à des modalités supplémentaires de prise en compte la lecture active des revues pour la recertification, créditant par exemple la participation à un comité de lecture, le commentaire d'articles lors des réunions d'EPP ou de GDR.

#### 3.4.3 Le bloc qualité des pratiques professionnelles

Il conviendrait de s'appuyer sur les différentes démarches qualité existantes, et d'en développer d'autres le cas échéant.

##### 3.4.3.1 Prise en compte de l'accréditation

Il est proposé de créditer pour la recertification l'engagement et le maintien dans l'accréditation des professionnels des spécialités médicales, qui est souscrite individuellement. Celle-ci pourrait être élargie et profiter aux autres professionnels des blocs, ce qui suppose de modifier la loi et d'adapter les moyens de la HAS et des OA en conséquence. Il n'est toutefois pas proposé de mettre en place une équivalence totale (contrairement à celle qui existe avec l'obligation de DPC) entre accréditation et recertification, cette dernière étant plus large dans ses dimensions.

**Recommandation n°12** Comptabiliser l'accréditation des professionnels des activités à risque au titre dans la démarche de recertification

### 3.4.3.2 Prise en compte des autres démarches qualité

La participation à des registres<sup>36</sup> de maladies (cancers, maladies rares) ou à des registres de pratiques<sup>37</sup> est reconnue comme une démarche positive de GDR et de participation à la politique de santé publique. La participation de professionnels à ces registres figure déjà dans le socle de l'accréditation des spécialités à risque et dans les parcours proposés par certains CNP.

- Les démarches de certification ou d'accréditation de structures de soins

Les démarches de certification des établissements de santé, d'évaluation externe des établissements médico-sociaux ou d'accréditation comme celle obligatoire pour les laboratoires de biologie médicale ont une dimension « qualité » qu'il conviendrait de prendre en compte pour la recertification.

Toutefois, pour certaines activités, elles sont parfois très « procédurales » et portent plus sur les process et le plateau technique que sur le niveau de formation ou d'application des bonnes pratiques par chacun des professionnels de ces structures. C'est pourquoi il conviendrait de définir un critère où elles pourraient être prise en compte au titre de la recertification que si le professionnel ou son employeur atteste qu'il y a été directement impliqué et qu'il a conduit dans ce cadre des actions visant à l'amélioration de ses propres pratiques (formation, GDR)...

**Recommandation n°13** Comptabiliser les autres démarches d'accréditation et de certification des établissements et structures dès lors qu'elles ont directement concerné les professionnels pris individuellement.

- Démarches qualité sectorielles

La mission juge nécessaire de prendre en compte les démarches de qualité sectorielles qui s'intéressent à la qualité des pratiques ou, pour ceux des professionnels exerçant en cabinet ou en structure (officines, centre de soins spécialisés) accueillent du public avec des contraintes d'hygiène, de confidentialité etc.

Ces démarches, quand elles sont portées par les Ordres professionnels, les syndicats de professionnels et des instances scientifiques, sont de poids, et mobilisent fortement ceux qui les souscrivent. On peut penser notamment à la Démarche qualité officine, à la Démarche qualité en pédicurie-podologie, démarche qualité Hygiène-asepsie des chirurgiens-dentistes...

**Recommandation n°14** Prendre en compte les démarches qualité dès lors qu'elles sont portées par les pouvoirs publics ou les professions (Ordres, syndicats professionnels)

### 3.4.4 Le bloc « amélioration des relations avec le patient »

Il serait composé de trois types d'action que le professionnel pourrait suivre, selon son choix :

- La participation des actions de formation ou d'évaluation des pratiques (de type *Patient-reported outcomes measures* (PROM)) à la relation et à l'approche patient ;

<sup>36</sup> Selon le Comité national des registres, un registre est défini comme « un recueil continu et exhaustif de données nominatives intéressant un ou plusieurs événements de santé dans une population géographiquement définie, à des fins de recherche et de santé publique, par une équipe ayant les compétences appropriées. »

<sup>37</sup> Le registre des pratiques est une méthode d'évaluation et d'amélioration des pratiques reconnue par la Haute autorité de santé. Cette méthode peut aussi permettre de réaliser des actions de gestion des risques.

- Participation à des programmes associant des patients (patients experts, universités des patients, couple professionnels / patients) ;
- Auto-évaluation par le professionnel.

#### 3.4.5 Le bloc « santé du professionnel »

Il serait constitué de trois types d'éléments alternatifs que le professionnel pourrait déclarer :

- La déclaration d'un suivi par un médecin travail ou de prévention, avec fourniture d'une attestation et mention de la date de dernière visite ou consultation ;
- La déclaration d'un suivi par un praticien traitant, avec fourniture d'une attestation et mention de la date de dernière visite ou consultation ;
- La souscription à une auto-évaluation sur l'état santé et son suivi. Ce questionnaire d'auto-évaluation, se terminerai le cas échéant par un rappel des dispositifs existants d'accompagnement (prévention du burn-out, des addictions).

#### 3.4.6 Le bloc « activité du professionnel »

Ce bloc permettant d'évaluer le niveau d'activité du professionnel pourrait être alimenté :

- Par le SNIIRAM pour les professionnels libéraux conventionnés par l'assurance maladie ;
- Par une attestation de l'employeur pour les professionnels salariés ;
- Par une déclaration sur l'honneur dans les autres cas.

L'interruption de plus de deux ans ou l'activité inférieure à deux demi-journées par semaine entraîneraient une majoration de 10 % des crédits à atteindre, une activité forte maintenue sur labse de 10 ans d'activité à plus de 50 % (cinq demi-journées par semaine) une minoration de 10 %.

#### 3.4.7 Le bloc « prise en compte des signaux négatifs »

Ce bloc est celui pour lequel il est le plus difficile de définir, aussi en amont d'un futur travail sur les référentiels de recertification et les systèmes d'information, quelles en seraient les composantes, au-delà de la prise en compte des sanctions ordinales, disciplinaires et pénales définitives.

La mission a la conviction qu'il ne faut pas faire jouer à la recertification le rôle de « gendarme » qui pourchasse les contrevenants. Il convient de laisser toutes leurs responsabilités aux institutions en charge du recueil des plaintes et de l'ouverture le cas échéant des procédures d'instruction et de sanction des comportements fautifs, en renforçant l'effectivité de ces procédures comme l'a recommandé la Cour des comptes à l'occasion de ses contrôles des Ordres.

Elle suggère toutefois qu'à l'occasion de la mise en place progressive de la recertification, il soit réfléchi à la reprise quand ils existent ou à la définition de quelques indicateurs de bonnes / mauvaises pratiques, qui pourraient être suivis dans le cadre des référentiels de recertification.

La mission fait donc la proposition « provisoire » de compter une majoration de crédits à obtenir pour être recertifié dans deux cas de figure :

- En cas de sanction disciplinaire prononcée dans les trois dernières années pour faute, insuffisance professionnelle ou de condamnation pénale liée à l'activité professionnelle, interdiction de délivrer des soins aux assurés, le professionnel étant toujours autorisé à exercer ;
- En cas de sinistralité avérée, plaintes objectivées ou de mauvaises pratiques démontrées (indicateurs à définir).

Cette minoration serait évidemment sans préjudice de la sanction de toute nouvelle faute ou comportement répréhensible en cours de période de recertification, par les voies de droit commun.

### 3.5 Modalités et suivi de la recertification

#### 3.5.1 L'entrée dans la recertification et l'activation d'un « compte portfolio »

En termes de process, l'option la plus accessible et la plus simple est de partir des informations dont disposent les Ordres sur la profession, la spécialité et le type d'exercice des professionnels pour leur permettre :

- 1) D'activer leur compte, présenté sous la forme d'un « portfolio » dématérialisé<sup>38</sup> ;
- 2) De retenir le parcours et le référentiel de recertification le plus adapté à leur situation.

En effet ce sont les conseils territoriaux des Ordres qui procèdent l'enregistrement des professionnels (article L.4113-1 du CSP), dans le cadre de leur inscription, au vu des diplômes ou attestation qui en tient lieu, présentés. En cas de changement de situation professionnelle (prise ou arrêt de fonction supplémentaire, intégration au corps de réserve sanitaire, cessation temporaire ou définitive d'activité...) ou de résidence (changement des coordonnées de correspondance), les professionnels doivent en informer le Conseil départemental dans le délai d'un mois.

Chaque professionnel s'inscrivant à titre obligatoire ou volontaire dans la recertification aurait obligation d'activer son « compte portfolio » et de choisir son référentiel de recertification dans l'année suivant son entrée dans le dispositif.

##### 3.5.1.1 Définition d'une unité de compte et portée au crédit des actions

La mission propose de retenir un décompte exprimé en « crédits », permettant de pondérer les différents blocs d'action à conduire, et pouvant se compenser, avec un quantum minimal à atteindre dans chacun de ces blocs de recertification et un nombre minimal de crédits à obtenir chaque année.

La mission a travaillé à une esquisse de compte et de système de crédits à partir des critères énoncés *supra*, qui a fait l'objet d'échanges notamment avec la FSM pour la tester, présentée en annexe 8.

Il s'agirait de capitaliser des crédits sur 6 ans, avec un nombre minimal de crédits à atteindre sur cette période et par an, et un nombre de crédits maximal créditable. Le compte serait composé de 4 blocs créditeurs avec un nombre minimal à atteindre pour chaque bloc et un nombre de crédits maximal créditable pour chacun d'entre eux.

---

<sup>38</sup> Voir en annexe 4 l'exemple du portfolio dématérialisé du Collège royal de médecine et de chirurgie du Canada.

Les 4 blocs créditeurs seraient les suivants :

- Bloc actualisation des connaissances et compétences : le nombre de crédits serait attribué soit en fonction du nombre d'actions dans les orientations nationales (ON) ou hors orientations (hors ON), et d'autres actions s'inscrivant dans le parcours de développement des CNP. Les autres activités créditable (enseignement, recherche) y serait incluses.
- Bloc qualité des pratiques professionnelles : le nombre de crédits est attribué en fonction du taux de souscription aux procédures qualité déclarées.
- Le bloc relation avec le patient : le nombre de crédits est attribué sur la base d'une action pour chaque période triennale ou d'une auto-évaluation.
- Le bloc santé du professionnel : le nombre de crédits est attribué sur la base des déclarations du professionnel ou d'une auto-évaluation.

Une majoration ou une minoration des points à atteindre serait appliquée sur deux critères :

- Prise en compte de l'activité L'interruption longue ou la faible activité entraînent une majoration de 10 % des crédits à atteindre, une activité forte maintenue une minoration de 10 % ;
- Prise en compte des signaux négatifs : les signaux négatifs entraînent une majoration de 10 % des crédits à obtenir.

### 3.5.1.2 La collecte des données et l'alimentation d'un « compte portfolio » individuel

Les préconisations du rapport du comité de Serge Uzan, le résultat des consultations de la mission et les échanges avec les organismes concernés plaident pour la collecte la plus proche de la source de production et automatisée des informations sur les actions conduites par les professionnels, et éviter ainsi la saisie ou la re-déclaration par ces derniers.

Il conviendra ainsi de s'appuyer sur :

- Le DDTde DPC pour alimentation dématérialisée et sécurisée du « compte recertification » des actions suivies au titre du DPC, à la fois pour les actions dites « orientations nationales » et pour les autres actions rentrant dans le champ du DPC, et ce qu'elles aient été financées ou indemnisées ou non par les crédits de l'ANDPC.
- Les bases d'information des organismes mutualisateurs et financeurs d'actions de formation professionnelle continue (OPCOs, ANFH, FAF PM, FIF PL, autres) pour le recueil des données sur les actions suivies en dehors du cadre du DPC.
- Les données de la HAS et ses organismes agréés pour les médecins (ou tout autre professionnel à l'avenir) engagés dans une démarche d'accréditation (qui vaut DPC, mais qui n'est pas forcément portée spontanément au document de traçabilité par les professionnel).

Les échanges de la mission avec l'OPCO Santé et l'ANFH font apparaître qu'il n'y aurait pas de difficulté technique majeure à transmettre des données individuelles sur les actions suivies pour alimenter un compte « recertification » à partir des actions qu'ils financent, y compris hors du champ du DPC. A terme, la question de l'alimentation de ce compte par celles des actions financées au travers du Compte personnel de formation (Mon compte formation) géré pour le compte de l'Etat par la Caisse des dépôts et consignations pourra se poser.

**Recommandation n°15** Prévoir l'acquisition la plus native et automatique des informations rentrant dans le contenu de la recertification pour alimenter les « comptes portfolio » des professionnels, sur la base du numéro RPPS

Il conviendra toutefois d'éviter des doubles-comptes d'une même action, puisque ni l'ANDPC, ni les organismes collecteurs n'ont une connaissance exhaustive de leurs financements conjoints de certaines actions. Pour éviter ces doubles comptes, il faudrait parvenir à une meilleure identification des actions, autrement que par leur intitulé et organisme promoteur.

**Recommandation n°16** Etudier la possibilité de donner un « numéro d'ordre » généré aléatoirement à chaque action de formation de professionnels de santé que les organismes de formation utiliseraient pour leurs démarches d'enregistrement, afin de l'identifier formellement et d'éviter les doubles-comptes dans les crédits au titre de la recertification.

Pour celles des actions qui ne sont pas considérées comme de la formation professionnelle, mais qui pourraient être incluses dans les blocs « actualisation des compétences et des connaissances » et « qualité des pratiques », mais aussi « Relation avec le patient », il sera plus difficile de prévoir cette alimentation directe du « compte recertification » par leurs promoteurs (démarches qualité des Ordres et syndicats professionnels) ou organisateurs (congrès, assises etc). Il faudrait concevoir un système de recueil harmonisé d'informations, avec l'identification des professionnels sous leur numéro RPPS, et de « chargement » régulier de ces données dans les « comptes recertification ». Cela n'est pas inaccessible à terme.

On pourrait toutefois demander que ces derniers émettent des attestations dématérialisées adressées aux professionnels y ayant souscrit, permettant à ces derniers de les « déposer » très simplement sur leur compte.

**Recommandation n°17** Prévoir l'alimentation du bloc « actualisation des connaissances et des compétences » par l'ensemble des organismes publics et privés enregistrant les actions suivies par les professionnels, sur la base du numéro RPPS des professionnels de santé.

### 3.5.2 La gestion et la traçabilité du processus de recertification

Afin de ne pas entreprendre un chantier technique trop lourd ou coûteux, l'option de s'adosser au compte et document de traçabilité du DPC doit être expertisée en priorité.

Si cette option s'avère opérante, l'ANDPC pourrait être désignée comme gestionnaire « pour compte de tiers » du compte recertification.

A défaut, et s'il fallait construire ex nihilo un nouveau système d'information, il pourrait être envisagé de créer un GIP entre l'Etat, la HAS, l'assurance maladie, l'ANDPC et les Ordres professionnels pour en porter la maîtrise d'ouvrage et piloter la maîtrise d'œuvre de ce nouveau système d'information et d'un portail dédié, sur le modèle du GIP Modernisation des données sociales, qui a pu préparer avec succès le déploiement de la Déclaration sociale nominative.

**Recommandation n°18** Confier la mission de construction d'un SI, de gestion des comptes, de collecte, de conservation et de transmission des données individuelles à l'ANDPC qui l'assurerait pour compte de tiers.

### 3.5.3 Le suivi et le contrôle de la recertification

Aux yeux de la mission, une seule option se détache tant en termes d'acceptabilité que de caractère pleinement fonctionnel pour le suivi et le contrôle de la recertification : le confier aux Ordres professionnels en automatisant au maximum le suivi et les alertes que ce suivi pourrait susciter.

A cette fin, les Ordres professionnels recevraient chaque année de façon dématérialisée les listes de professionnels engagés dans la démarche de recertification, ainsi que le positionnement de chaque professionnel en nombre de crédits portés à son compte.

Les professionnels seraient identifiés par leur numéro RPPS, qui va progressivement être généralisé à l'ensemble des professions mentionnées dans l'article 5 avec la bascule notamment des infirmiers du numéro Adeli au RPPS.

Cela permettrait aux Ordres :

- De contrôler l'obligation d'activer un compte au plus tard l'année qui suit leur entrée dans l'obligation de recertification ;
- De réaliser des points intermédiaires tous les trois ans, le cas échéant articulés avec les échéances du DPC ;
- De réaliser un suivi annuel à la fois global et individuel de l'engagement dans la recertification des professionnels ;
- De délivrer, les plus automatiquement possible, les attestations de recertification

#### **Conditions actuelles d'accès et de communication des données du document de traçabilité du DPC**

Le document de traçabilité et son objectif sont définis à l'article R 4021-5 du CSP. Il y est indiqué, outre la liste des informations que peut contenir ce document :

\*qu'il est strictement individuel et que personne ne peut y avoir accès en écriture ou en consultation

\*que seul l'autorité en charge du contrôle de l'obligation triennale, soit l'ordre professionnel compétent peut avoir accès à sa synthèse à l'issue des périodes triennales aux fins de contrôle

\*qu'il revient normalement au professionnel d'adresser cette synthèse à l'ordre compétent. Toutefois, l'ANDPC travaille actuellement avec les Ordres pour une transmission par base de données pour faciliter le travail des ordres, avec un strict accord du professionnel

\*que sur décision du Haut Conseil du développement professionnel continu des professions de santé, ces données agrégées et anonymisées peuvent être communiquées aux organisations professionnelles, notamment aux conseils nationaux professionnels.

**Recommandation n°19** Confier le suivi de la souscription de la démarche de recertification aux Ordres professionnels, avec un point à mi-parcours

Il conviendra à ce titre de tirer les leçons de l'expérience du DPC, la montée en charge progressive de systèmes d'information non interopérable entre l'ANDPC et les Ordres professionnels pour la transmission, en lieu de place des professionnels, des informations sur leur situation des professionnels au titre du DPC n'ayant à ce jour permis aucune relance par les Ordres des professionnels n'ayant pas satisfait à l'obligation triennale, ce qui a été noté et regretté par la Cour des comptes dans ses contrôles des Ordres.

Au-delà du suivi et du contrôle à partir du compte du respect de la démarche de recertification, il semble nécessaire de prévoir, à l'instar de ce qui se fait dans de nombreux pays (voir l'annexe 4) des

contrôles ciblés plus approfondis, permettant de s'assurer de l'effectivité des actions conduites. Une option pour ce faire consisterait à confier le pilotage de contrôles de recertification « de second niveau » à la HAS, s'appuyant sur des avis d'experts-visiteurs, chargés de conduire des entretiens individuels au sein d'une spécialité ou d'une profession, avec un nombre limité de professionnels sur la base d'un tirage au sort et/ou en fonction d'un ciblage particulier. Si elle peut s'avérer intéressante à l'avenir, elle demandera du temps pour être protocolisée et organisée.

La mission retient donc dans un premier temps l'option de prévoir des contrôles de la véracité des déclarations des professionnels et de la réalité des actions conduites, par échantillonnage ou en cas de signaux négatifs, que pratiqueraient les Ordres professionnels.

A titre d'exemple, en France, au 1er janvier 2018, on comptait 226 000 médecins en activité. Un taux de dossiers contrôlés de 1 % par an conduirait, à titre d'exemple et à supposer qu'à terme tous les médecins entreraient dans la recertification, à contrôler quelque 2 200 dossiers par période de 6 ans. Cela n'est pas considérable, même si évidemment l'entrée simultanée dans la démarche de promotions de professionnels peut créer un « effet falaise » en fin de période sexennale.

**Recommandation n°20** Mettre en place un dispositif de contrôles par échantillonnage et en cas de signaux négatifs des dossiers de recertification

**La dimension de l'accompagnement des professionnels pour les aider et guider dans leur choix des actions de recertification est également importante.**

Il ne semble ni juridiquement, ni opérationnellement possible de confier aux CNP, CMG et autres collèges des missions de suivi individuel de l'obligation de recertification et de délivrance d'attestation de recertification, les CNP et collèges n'ayant aucun moyen d'identifier les professionnels de leur « ressort » et de connaître et traiter de données individuelles. Néanmoins, pour permettre aux CNP et collèges de jouer un rôle actif dans la guidance et l'accompagnement des professionnels, ils pourraient disposer de données agrégées, comme cela est prévu pour le DPC.

S'agissant des professionnels salariés, il conviendrait, comme cela existe pour le DPC, de prévoir que les employeurs accompagnent leur démarche de recertification.

**Recommandation n°21** Confier aux conseils et collèges nationaux professionnels un rôle d'accompagnement des professionnels demandeurs, et de prévoir que les employeurs accompagnent la recertification de leurs agents et salariés

#### 3.5.4 Les conséquences « positives » de la recertification

Pour que la démarche de recertification soit à la fois appropriée pour les professionnels qui y souscrivent et pour susciter une adhésion volontaire au dispositif pour ceux pour qui elle ne serait pas obligatoire, il convient de prévoir des conséquences « positives » à la recertification

Les professionnels ayant rempli les critères, obtenus le nombre de crédits suffisants et n'ayant pas fait l'objet de contrôles négatifs devront être titulaires d'une attestation de recertification.

Dans l'option où ce n'est pas la HAS qui gère le dispositif de recertification, elle serait délivrée au nom de l'Etat par les Ordres professionnels compétents.

**Recommandation n°22** Faire délivrer par les ordres compétents les attestations de recertification

### 3.5.4.1 La publicité sur la délivrance d'une attestation de recertification

L'information sur les professionnels recertifiés devrait être mise à la disposition du public sur un site Internet et une application mobile. Ce site pourrait être géré et entretenu par le ministère chargé de la santé (santé.fr), sur la base des données du gestionnaire du compte recertification. L'option de mettre à disposition du public la liste des professionnels ayant échoué à être recertifié pourra être expertisée, mais elle pose des questions d'acceptabilité et de droit plus ardues.

Parallèlement, les professionnels devraient être autorisés à communiquer sur l'obtention d'une attestation de recertification.

Cette communication pourrait rentrer dans le cadre des "autres informations utiles à l'information du public" que les décrets de décembre 2020 permette de mentionner. Eventuellement, on pourrait procéder à un aménagement des décrets et codes de déontologie des professions concernées. Notamment, il serait important d'ajouter la mention "*ainsi que de la recertification de cette qualification*" après le 3° du R. 4127-80.-I., et, si la recertification restait facultative pour certains professionnels, que la mention de son obtention ne constitue pas une publicité comparative au sens du nouveau R4127-19-1.

**Recommandation n°23** Prévoir la mise à disposition du public sur Internet de l'information sur les professionnels titulaires d'une attestation de recertification, et permettre à ces derniers de s'en prévaloir dans leur communication publique.

### 3.5.4.2 La mise en place d'avantages au titre de la recertification

S'agissant des incitations financières à la recertification, les répondants au questionnaire de la mission placent en bonne position la baisse du coût (par des abattements sur les primes de responsabilité professionnelle - RCM) ou la prise en charge partielle de l'assurance de responsabilité civile médicale, comme cela existe pour la démarche d'accréditation des spécialités à risque.

Considérant que l'assurance maladie finance déjà l'aide à la souscription d'une assurance pour les spécialistes inscrits dans la démarche l'accréditation, la mission privilégie l'option d'abattements sur les primes de responsabilité civile professionnelle (RCP) pour les professionnels inscrits dans la démarche de recertification.

**Recommandation n°24** Conduire une concertation avec la Fédération française des assurances et les fédérations d'employeurs afin de définir les abattements dont pourraient bénéficier les professionnels engagés dans la démarche de recertification et ceux bénéficiant d'une attestation.

### 3.5.5 Les conséquences et la sanction de la non-recertification

Les conséquences de la non-souscription (pas d'ouverture d'un compte) ou de non atteinte des cibles en termes de crédits doivent être suffisamment fortes et sérieuses pour avoir un effet dissuasif, mais aussi être respectueux du principe du contradictoire et des droits de la défense en évitant tout caractère automatique dans les injonctions ou sanctions susceptibles d'être prononcées.

Dans un premier temps, le professionnel recevrait une convocation par l'Ordre professionnel compétent (au titre de la compétence administrative des Ordres), l'invitant à déclarer les circonstances ou événements qui l'auraient empêché objectivement de souscrire à son obligation (problème de santé, événement familial lourd), le cas échéant avec des justificatifs probants.

Dans le cas où le professionnel de bonne foi n'était en effet pas en capacité de remplir son obligation, le conseil de l'Ordre compétent pourrait l'enjoindre à définir et respecter un plan de rattrapage, par exemple sous 6 mois au plus tard passé l'échéance sexennale.

En cas de refus ou de non-respect du plan, le conseil de l'Ordre compétent serait tenu d'ouvrir une procédure pour insuffisance professionnelle<sup>39</sup>, pouvant conduire à une suspension temporaire d'exercer pour le professionnel concerné.

Dans tous les cas, les garanties prévues en termes de procédure contradictoire et de voies de recours contentieux seront applicables.

La mission préconise en revanche de ne pas ouvrir la possibilité pour les employeurs (ou les autorités compétentes) de professionnels sous statut ou salariés d'ouvrir une procédure disciplinaire ou de licenciement sur le seul motif de ne pas avoir obtenu sa recertification. En vertu du principe *non bis in idem*, les professionnels ne peuvent être sanctionnés pour les mêmes faits à la fois par l'autorité disciplinaire statutaire et par une juridiction ordinale.

Enfin, la mission, qui a évoqué cette question avec le secrétariat général des ministères sociaux, ne préconise pas de donner une compétence de sanction de la non-recertification aux ARS, les directeurs généraux d'ARS ayant par ailleurs le pouvoir de suspendre en urgence et pour cinq mois un médecin, un chirurgien-dentiste ou une sage-femme qui exposerait ses patients à un danger grave<sup>40</sup>.

**Recommandation n°25** Après procédure contradictoire, déclencher pour les professionnels non recertifiés une procédure ordinale d'injonction à proposer et respecter un plan de rattrapage et, à défaut, l'ouverture systématique d'une procédure en insuffisance professionnelle

Afin de ne pas laisser sans solution les professionnels concernés par des décisions d'injonction de se former ou de suspension du droit d'exercer, il conviendra d'organiser des offres de parcours de remise à niveau, les CNP pourraient définir des parcours type par profession ou spécialité.

Ces parcours incluant des formations et de stages pratiques existent déjà pour les professionnels ayant interrompu longuement leur exercice professionnel. Elles sont néanmoins en nombre insuffisant, et posent la question de la capacité à accomplir des stages incluant la délivrance de soins aux patients, difficiles à mettre en œuvre lorsque le professionnel est suspendu. Il pourrait être utile de réfléchir à la création juridique d'une voie nouvelle d'« autorisation d'exercice limité » au sein d'une période de suspension et de reformation, sous la responsabilité d'un tuteur, pour que ces professionnels puissent reprendre peu à peu la pratique de la délivrance de soins.

**Recommandation n°26** Prévoir des parcours de rattrapage ou de reformation pour les professionnels non recertifié, réfléchir à la voie d'une « autorisation d'exercice limité » sous la responsabilité d'un tuteur pour ces professionnels.

---

<sup>39</sup> Article L. 4124-11 du CSP

<sup>40</sup> Article L4113-14 du CSP.

## 4 Une préparation des ordonnances resserrée et participative puis de la réforme anticipant les différentes étapes de mise en œuvre

### 4.1 Un pilotage de la préparation des ordonnances resserré et participatif

Compte tenu des délais à nouveaux serrés, le gouvernement, s'il porte le sujet, devra avancer rapidement mais de façon ouverte et avec le souci d'associer les parties prenantes, qui sont largement celles que la mission a d'ores et déjà sollicitées ou rencontrées, et qui sont au fait des enjeux.

#### 4.1.1 Les projets d'ordonnance doivent se borner au champ de l'habilitation en donnant à voir le schéma global

La mission recommande de conduire la concertation sur la base d'un texte d'ordonnance unique, resserré sur les seules dispositions législatives indispensables pour poser les fondements et principes de la recertification, et le cas échéant son articulation avec les dispositions existantes en matière de DPC ou avec les compétences des différentes institutions.

Cette concertation peut être rapide, compte tenu de la bonne maturité des acteurs : deux réunions avec les parties prenantes à 15 jours d'intervalle, sur la base d'un avant-projet d'ordonnance par exemple.

L'annexe 7 liste celles des dispositions qui seraient à inscrire dans le projet d'ordonnance, et celles qui peuvent être prises par le pouvoir réglementaire le cas échéant.

Parallèlement à la préparation de l'ordonnance et de sa fiche d'impact, le gouvernement pourrait rédiger et soumettre aux parties prenantes un « Schéma directeur de la démarche de recertification », pour donner à voir et préparer précocement les stades ultérieurs de mise en œuvre.

**Recommandation n°27** Conduire une concertation dans des délais rapprochés sur un avant-projet d'ordonnance resserré.

#### 4.1.2 Des questions doivent être traitées en amont de l'initialisation de la recertification

##### 4.1.2.1 Le bloc du DPC (et plus largement de la formation professionnelle continue) devra faire l'objet d'une attention particulière

Dans un contexte où la composante de la FPC et en particulier du DPC sera majeure dans la recertification, il est indispensable de traiter parallèlement deux questions :

- Les évolutions du DPC, qui appelle une clarification
  - L'accès effectifs des professionnels de santé à la formation
- Les évolutions du DPC

Contrairement à ce qui a été parfois suggéré à la mission, il n'est pas possible refondre le DPC dans la recertification, car le DPC concerne aussi des professionnels sans ordre. Il doit évidemment perdurer comme un dispositif transverse à l'ensemble des professions de santé, notamment si l'on veut promouvoir des actions inter ou pluriprofessionnelles de communautés de professionnels, assises sur des objectifs de santé publique ou de qualité des pratiques et des soins.

Par ailleurs, il est indispensable de procéder rapidement, suite notamment au référé de la Cour des comptes sur l'ANDPC<sup>41</sup>, aux aménagements réglementaires nécessaires à ce que l'ANDPC puisse mettre en œuvre ses compétences étendues de contrôle sur les actions déposées.

**Le bilan chiffré du DPC consolidé à fin décembre 2019, soit à l'issue de la première période triennale 2017-2019, est très honorable. Il montre que les professionnels de santé et les organismes de formation s'approprient lentement mais sûrement le dispositif. Il apparaît néanmoins qu'ils sont encore loin des objectifs fixés dans les textes pour souscrire à leur obligation de DPC.**

Ainsi, depuis le début de la période triennale d'obligation de DPC (2017-2019), 263 549 professionnels de santé se sont inscrits à au moins une action de DPC, soit 60,5 % de la population éligible au financement de l'Agence. Les pharmaciens (88,0 %), les biologistes (77,9 %), les sages-femmes (71,6 %), les infirmiers (66,3 %), les orthophonistes (64,7 %), les médecins (58,7 %) et les masseurs-kinésithérapeutes (57,4 %) sont les professions ayant une proportion d'engagés depuis 2017 supérieure à 50 % de la population éligible au financement.

En moyenne, le nombre moyen d'heures consommées sur le triennal par le quelques 263 000 professionnels engagés est de 21h (sur 3 ans).

Certes, la dynamique est ascendante : près d'un tiers (32,6 %) des professionnels inscrits en 2019 ne s'étaient pas engagés dans aucune action de DPC en 2017 et 2018. Par ailleurs, le nombre total d'actions souscrites est en forte progression de 24,2 % en 2019 (soit 261 267 inscriptions) sur le site dédié, progressant plus que le nombre de professionnels de santé (178 300 professionnels s'étant inscrits au total), et ceux-ci sont inscrits à 1,47 action en moyenne, contre 1,34 action en 2018.

Parmi ces nouveaux engagés, les chirurgiens-dentistes (60,5 %), les MKR (41,4 %) et les orthoptistes (52,9 %) sont celles des professions ayant la proportion la plus importante.

Evidemment, il convient de prendre en compte pour interpréter ces chiffres la relative jeunesse du dispositif, malgré l'accélération constatée en 2018 et 2019, ainsi que le constat d'une offre d'actions éligibles au DPC encore trop limitée et ne rentrant pas toujours dans les orientations nationales pluriannuelles, comme les bilans de l'activité d'évaluation des actions par les commissions scientifiques indépendantes (CSI) de l'ANDPC le met en lumière.

Dans son projet de rapport annuel pour 2019, l'ANDPC indique qu'au 31 décembre 2019, 2 420 organismes étaient habilités à proposer des actions de DPC, soit 8,6 % de plus qu'en 2018 mais que, parmi ces organismes, seuls 55 % ont au moins une action publiée au titre du DPC 2019, contre 62,4 % en 2018. Cela signifie qu'en 2019, plus de 4 organismes habilités sur 10 n'ont pas déclaré d'action et ont donc privé les professionnels de la possibilité de valider les formations suivies auprès d'eux au titre du DPC. De ce fait, 13 045 actions étaient créditées au titre du DPC, contre 14 207 en 2018.

La source principale de l'inéligibilité d'une action au titre du DPC n'est donc pas un rejet par l'ANDPC au titre de son contrôle, mais le non dépôt d'actions par des organismes habilités.

---

<sup>41</sup> L'agence nationale du développement professionnel continu (ANDPC), Cour des comptes, juillet 2019. La Cour proposait de renforcer les pouvoirs de contrôle de l'ANDPC sur les actions de formation. Le gouvernement l'a suivi et prévu une possibilité de contrôle sur pièces par l'ANDPC (article 77 de la loi du 24 juillet 2019 précitée).

S'agissant des professionnels salariés et de leurs employeurs, une insatisfaction s'exprime sur l'articulation du DPC et de l'effort de formation professionnelle continue. Au cœur de cette incompréhension, le constat par les professionnels et leurs employeurs :

- Qu'une action peut être éligible au titre du DPC, mais ne pas être finançable l'année N par un opérateur de compétence (ANFH, OPCO) ou son employeur ;
- Qu'une action peut être pilotée et financée par un opérateur de compétence, et non enregistrée ou non conforme à la définition, aux méthodologies et aux orientations du DPC.

De fait, la part des organismes présentant des actions destinées (réservées) à des professionnels non éligibles aux financements de l'ANDPC car salariés, est de 13 % des organismes.

Deuxième paradoxe, de très nombreux organismes de formation (827) ont demandé à être enregistrés auprès de l'ANDPC, mais publient des actions sans aucune inscription de professionnels éligibles au financement de l'ANDPC. Cela signifie soit qu'elles n'intéressent que des professionnels salariés (pour 232 d'entre eux), soit que ces actions ne rencontrent pas de public (30 d'entre eux), soit un mélange de ces deux raisons (565 organismes).

Enfin, il faut signaler les problèmes particuliers que pose la mise en œuvre de la mission de l'ANDPC de la participation au financement du DPC des médecins salariés des établissements de santé et médico-sociaux (appelée « crédits Mediator »). L'AG de l'ANDPC vote tous les ans une enveloppe dédiée à ce financement. Celle-ci a diminué au fil des ans du fait de la faible consommation constatée, et est désormais de 5M€, l'agence envisageant de l'augmenter à 8 M€ en 2021 au titre du report d'actions qui n'ont pu être suivies en 2020 du fait de l'impact de la crise sanitaire sur la formation des médecins hospitaliers. Cette enveloppe est répartie entre l'ANFH et l'OPCO santé au prorata des effectifs de médecins des établissements qui leur sont affiliés. (ANFH 70 % - OPCO santé 30 %).

Une convention relative au financement et aux échanges de données de DPC lie l'agence avec les deux organismes. Elle prévoit les modalités de versement de l'enveloppe (acompte et régularisation) et la fourniture réciproque de données (envoi régulier des listes d'actions de DPC par l'ANDPC, envoi des statistiques de recours des PS salariés au DPC par l'OPCO santé et l'ANFH). Un avenant annuel fixe la dotation de l'exercice. Dans les faits, ces conventions sont difficiles à appliquer car les deux OPCO disposent de données partielles provenant des établissements de santé sur les actions de DPC effectivement suivies.

**Quel que soit l'analyse qu'on en fait, il est à déplorer que l'intersection des actions comptabilisées au titre du DPC et celles effectivement suivies par les professionnels ou mise en place par les employeurs et les OCPO soit aussi faible.**

Le fait que les CNP aient inclus des actions de formation, EPP et GDR « hors DPC » est emblématique de cette situation. Dès lors, la mission estime hautement nécessaire de clarifier à la fois les textes et les pratiques, et de réfléchir à deux options :

- Assouplir la définition et la gestion du DPC pour permettre le dépôt auprès de l'ANDPC et l'inscription « automatique » dans le document de traçabilité d'actions ne rentrant pas dans le cadre des orientations prioritaires pluriannuelles du DPC (seules ces dernières restant éligibles au financement public sur crédits de l'ANDPC), afin qu'elles soient enregistrées au titre de l'obligation triennale, et soumise à contrôle et évaluation ;

- Acter que le champ du DPC est limité aux actions s’inscrivant dans les orientations prioritaires, les autres actions étant du domaine de la « formation professionnelle continue en santé ». L’obligation de DPC pourrait être satisfaite par un mixte de ces deux types d’actions dès lors qu’elles relèveraient des trois catégories identifiées dans la loi, et qu’au moins une action de DPC sur orientation prioritaire soit réalisée sur le triennal. Les CNP seraient ainsi fondés à proposer dans leurs parcours des actions « hors DPC ». Il conviendrait alors d’imaginer quels seraient les mécanismes de contrôle et d’évaluation ces actions « hors DPC » (labellisation par les CNP, contrôle par les OPCO...).

**Recommandation n°28** Clarifier le champ du DPC au sein de la « formation professionnelle continue en santé »

- L’accès effectif des professionnels de santé à la formation

Au moment où le nouvel article L6111 du code du travail stipule que « *La formation professionnelle tout au long de la vie constitue une obligation nationale* » et «  *vise à permettre à chaque personne, indépendamment de son statut, d’acquérir et d’actualiser des connaissances et des compétences favorisant son évolution professionnelle, ainsi que de progresser d’au moins un niveau de qualification au cours de sa vie professionnelle.* », il serait regrettable que les professionnels de santé ne puissent pas accéder aux actions de formation qu’il leur est pourtant demandé de suivre au titre du DPC, et qui seraient un des critères déterminants pour la recertification.

Or, les conséquences exposées à la mission par de très nombreux interlocuteurs de l’impact de la réforme de la formation professionnelle vont dans le sens d’une diminution des crédits qu’ils pouvaient consacrer à l’adaptation au poste, du fait du fléchage des financements sur la promotion et la mobilité professionnelle (développement de l’apprentissage, VAE, passage de diplômes). Cette inflexion, compréhensible au regard du besoin de formation massif de nouveaux professionnels pour face aux tensions de recrutement, a malheureusement un effet d’éviction sur les autres formations.

Si certains employeurs, comme ceux de la branche FEHAP sont prêt à prévoir des financements conventionnels aux OCPO plus importants, il n’en reste pas moins qu’ils ne seront pas forcément suffisants pour permettre l’accès à la formation continue des professionnels en poste.

4.1.2.2 La HAS, les CNP, les ordres professionnels devront se préparer, s’organiser et se renforcer pour mettre en œuvre leurs nouvelles missions.

4.2 Une mise en œuvre progressive dans le cadre d’une gouvernance large et une gestion de projet pilotée par un task-force dédiée, avec des financements adaptés

4.2.1 Une gestion de projet pilotée par une task force dédiée

La mise en place et le pilotage de la recertification demanderont beaucoup de travaux, de patience et de confiance. Seul un pilotage fort, mais très pragmatique et à l’écoute des acteurs, permettra de résoudre les difficultés conceptuelles, techniques, juridiques qui se poseront inévitablement.

Il serait approprié de mettre en place une taskforce chargée de préparer les textes et décisions nécessaires pour l’avancement du chantier, et en faire le suivi et le reporting opérationnel.

Cette taskforce pourrait comprendre la DGOS, la DSS, la DGCS, du SGCMA, des collaborateurs de l’ANDPC, de la HAS, de la CNAM, associant chaque fois que nécessaire des membres des directions juridiques et techniques des Ordres professionnels et des OPCO.

#### 4.2.2 La réforme doit être planifiée dans des délais adaptés

Compte tenu des opérations préalables à conduire pour que le dispositif puisse fonctionner, il sera de bonne gestion de laisser le temps nécessaire à leur conduite, avant de prévoir l'entrée en vigueur de la démarche, surtout pour ceux qui y seront obligatoirement inscrits. Il faudra en effet préalablement :

- Publier l'ordonnance et la ratifier ;
- Prendre les textes réglementaires ou les décisions d'application ;
- Mettre en place les nouvelles instances de pilotage stratégique et scientifique ;
- Définir et répartir les nombres de crédits à atteindre et tester une maquette ;
- Adopter les référentiels de recertification ;
- Mettre en place l'infrastructure technique permettant la création et l'alimentation des comptes individuels, et la transmission de données entre institutions.

Il faut donc envisager une mise en place différée et progressive. Parmi les options envisageables :

- Des dates différenciées d'entrée dans la réforme selon les professions en fonction de la maturité de la réingénierie des maquettes de formation initiale (2022 ou 2023 : médecins, chirurgiens-dentistes, pharmaciens, MKR ; 2024 et suivantes : sages-femmes, , infirmiers, pédicures) ;
- Des dates différenciées en fonction de l'élaboration des référentiels de recertification.

#### 4.2.3 Les process de gestion du dispositif et l'architecture des systèmes d'information doivent néanmoins être posés très tôt

Les choix informatiques et techniques doivent être posés très tôt. A cet effet, il est recommandé de :

- Procéder à un audit flash des systèmes d'information des principaux contributeurs au process de recertification ;
- Définir à quel système d'information on décide d'adosser le « compte recertification » ;
- Déterminer les conditions d'interopérabilité entre les systèmes d'information « majeurs » devant permettre de collecter, agréger et formater les données portées au « compte recertification » des professionnels.

Les systèmes d'informations sont à titre principal ceux :

- De l'ANDPC (compte et document de traçabilité du DPC) ;
- De l'ANS (RPPS)
- De l'assurance maladie (SNIIRAM, notamment pour le suivi de l'activité des professionnels libéraux)
- De la HAS (SIAM, pour le suivi de l'accréditation)
- Des Ordres professionnels (base des inscrits au tableau et compte individuel des inscrits)
- Des OPCO, FAF et FIF (base des bénéficiaires des formations financées)

**Recommandation n°29** Procéder à un audit flash des systèmes d'information des principaux contributeurs à la recertification, définir le SI portant le compte recertification et définir les conditions d'interopérabilité avec les autres SI.

4.2.4 Les coûts directs de pilotage, de gestion et de suivi du dispositif peuvent rester raisonnables, mais des coûts indirects potentiellement importants sont à anticiper

4.2.4.1 Les coûts directs peuvent être approché par des proxys

Compte tenu des options qui sont à valider sur le périmètre, le contenu et la gestion de la démarche de recertification, la mission ne s'est pas engagée réaliser de travaux de chiffrage du coût direct de fonctionnement et des investissements nécessaires à la mise en place du dispositif.

Elle a préféré solliciter deux institutions- ANDPC et HAS – pour, à partir de leurs données sur les coûts de gestion de démarches existantes, approximer quel pourrait être le coût « par professionnel géré » d'une démarche de recertification fondée sur un compte individuel et l'enregistrement d'action et de crédits sur ce compte. La mission a demandé que les coûts de gestion soient considérés au sens large, incluant les dépenses de SI mais de pilotage, d'assistance et de suivi des professionnels.

Elle a par ailleurs sollicité la DSS pour disposer d'éléments sur les coûts de pilotage et le budget du GIP MDS s'agissant du projet de déploiement de la DSN.

- Éléments communiqués par la HAS sur les coûts de la démarche d'accréditation.

La HAS a répondu à la mission et a cherché à estimer ces coûts, sachant qu'il est compliqué de le faire car, que ce soit pour la HAS ou les organismes agréés, la gestion des médecins ne constitue qu'une partie du travail pour faire fonctionner le dispositif<sup>42</sup>. Sur le montant total de l'aide due par la CPAM au médecins, 500€ sont déduits et directement versés à l'OA dont dépend le médecin.

- Investissement et maintenance d'un système d'information

Le système d'information de l'accréditation des médecins (SIAM), développé, administré et maintenu par la HAS, comprend la base de données dédiée au retour d'expérience (base REX) où sont collectés les événements considérés comme porteurs de risque médicaux déclarés par les médecins permet d'assurer le bon fonctionnement du dispositif d'accréditation. Il doit être utilisé par les médecins notamment pour déclarer leurs EIAS ainsi que par les organismes agréés (OA). Il garantit l'anonymat du patient, du médecin et de l'établissement conformément à l'article D. 4135-4 du CSP.

- Le cout initial de développement du SIAM 2 est d'environ 1 million d'euros)
  - Le cout d'investissement, de la maintenance évolutive et de l'hébergement du SI, ainsi que celui d'une hotline est estimé à environ 1,2 millions d'euros par an sur les 4 dernières années.
  - Le coût en RH au niveau du service informatique de la HAS est de 2 ETP
- Ressources humaines métier du service Évaluation et Outils pour la Qualité et la Sécurité des Soins (service EvOQSS) de la HAS

---

<sup>42</sup> Décision n°2015.0003/DC/MSP du 7 janvier 2015 du collège de la Haute Autorité de santé adoptant le cahier des charges des organismes agréés pour l'accréditation des médecins et des équipes médicales

Le service EvOQSS de la HAS a pour mission de gérer le dispositif d'accréditation et gère au quotidien des demandes des OA, les réponses aux demandes des médecins (réédition de certificat, interface avec la CNAM, mise en demeure, recours gracieux) et la gestion des passages au collège de la HAS, pour rendre une décision sur les avis donnés par les OA, les recours gracieux des médecins.

L'estimation du nombre d'ETP positionné dans le service métier EvOQSS sur ces process est de 1 ETP de temps d'assistante gestionnaire, 2 ETP de chef de projet et 0,1 ETP de manager.

Si on veut intégrer le temps nécessaire à la gestion globale du dispositif d'accréditation (agrément des OA, formation des experts, animation du dispositif, retour d'expérience...), il faut ajouter 1 ETP d'assistante gestionnaire, 0,5 ETP de manager, 2 ETP de chefs de projet.

S'agissant du coût de gestion par les OA, chaque OA est organisé différemment selon sa taille, selon qu'il soit adossé à une structure déjà existante, selon qu'il soit aidé ou pas par la CNAM.

Selon le cahier des charges pour leur agrément, ils doivent cependant tous gérer des médecins de leur spécialité<sup>43</sup>. Actuellement seuls quelques OA sont financés pour cette mission à hauteur de 500€ par médecin aidé par la CNAM (et non pas par médecin accrédité). Ainsi selon la CNAM, en 2013, les OA ont touché 500€ par médecin pour 6 000 médecins. Or, 9000 médecins accrédités sont gérés par les OA; Ainsi, cela revient à dire que ceux-ci ont touché en moyenne 333€ par médecin accrédité.

○ Transposition à la démarche de recertification

Si l'on raisonne par analogie en prenant en compte les différences entre accréditation (avec examen individuel des dossiers de chaque médecin engagé par la HAS et les OA), on obtient une approximation de coût du dispositif qui pourrait être la suivante :

Poste	Dépenses d'investissement (amortie sur 5 ans)	Dépense annuelle de fonctionnement et maintenance
Système d'information (comptes, changes de données)	1 000 000€	300 000€
Masse salariale institution gestionnaire		1 032 000€
Coût du suivi individuel pour 5 % des 100 000 professionnels engagés dans la démarche		2 500 000€
Total		3 532 000€
Coût moyen pour 100 000 professionnels		35,32€

Source : *Calculs de la mission. Le coût moyen d'un ETP a été chiffré à 120K€ annuels chargés. Le coût du suivi individuel a été calculé en estimant de façon conventionnelle que 5 % des professionnels feraient l'objet d'un suivi individuel ou d'un contrôle, pour un coût moyen de 500 €.*

Cette estimation est certainement minorante des coûts prévisionnels de la recertification, car extrapolées des coûts d'un système déjà mûr, la HAS étant pilote de l'accréditation depuis 2005 et ayant sans doute amorti des dépenses de conception et d'initialisation et de son système.

<sup>43</sup> Décision n°2015.0003/DC/MSP du 7 janvier 2015 du collège de la HAS adoptant le cahier des charges des OA.

- Éléments de l'ANDPC sur les coûts associés à la gestion du document de traçabilité du DPC

Le portail MonDPC.fr permet aux professionnels d'ouvrir un compte, de s'inscrire à des actions pour les professionnels libéraux et, depuis juillet 2020, qu'ils soient éligibles ou non au financement de l'ANDPC, d'y rechercher des actions de DPC ou de les porter à son (DDT) document de traçabilité. L'ANDPC a déployé une infrastructure technique et des équipes d'assistance pour aider les professionnels à ouvrir et utiliser leur compte et le document de traçabilité (déclaration des actions, dépôt des attestations, édition de synthèses, accord pour le transfert des informations aux ordres, etc.).

Le coût de gestion annuel pour 2020 a été prévu dans le budget de l'ANDPC à hauteur de :

- 540 000 € pour les dépenses de masse salariale, dont 330 K€ pour l'assistance à maîtrise d'ouvrage (AMOA) et la gestion des systèmes d'information et 207 K€ pour les échanges de données avec les partenaires (ordres essentiellement) et pour l'assistance aux professionnels utilisateurs des comptes ;
- 200 000 € de prestations externes (1,5 ETP d'AMOA) ;
- Une fraction des 1 155 000 € du coût de fonctionnement des systèmes d'information de l'ANDPC, non isolables.

Ces chiffres n'incluent pas les coûts (ou l'amortissement) des investissements initiaux de création de l'infrastructure et du SI de l'ANDPC, qui s'élèvent au total du projet à près de 4M € (coûts internes et externes). Le système est dimensionné pour héberger à terme 2,1 millions de comptes / DDT, soit une population cible plus large que celle potentielle de la recertification (1,2 à 1,3 million de professionnels). Au 28 février 2021, près de 412 000 comptes ont été créés par des professionnels de santé. Ils ne sont pas tous alimentés, mais c'est un résultat très encourageant. Les coûts annuels d'AMOA et de maintenance fonctionnelle devraient rester, selon la direction de l'ANDPC, assez constants, le coût de l'assistance fonctionnelle augmentant naturellement avec le nombre de professionnels utilisateurs.

Extrapolé à la recertification, on peut donc estimer à autour de 1,5M € le coût annuel de fonctionnement d'un système d'information interopérable sur la base du RPPS mettant à disposition des professionnels un compte et un portfolio, pour un coût en investissement qui peut être inférieur à 4M € si l'on s'appuie en partie sur l'infrastructure technique de l'ANDPC.

- Des coûts à répartir sur plusieurs acteurs

Par rapport à l'accréditation ou au DPC, une partie des coûts dans le cadre de la recertification serait portée par les institutions chargées de l'accompagnement, du suivi et du contrôle de la recertification soit, dans le schéma proposé préférentiellement par la mission, par les Ordres professionnels et les conseils et collèges nationaux professionnels.

S'agissant des CNP, l'article 83 de la loi n° 2020-1576 du 14 décembre 2020 de financement de la sécurité sociale pour 2021 contient des dispositions prévoyant leur financement par le fonds des actions conventionnelles de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés en introduisant notamment un IV à l'article L221-1-2 du Code de la sécurité sociale<sup>44</sup>. Une partie de ce financement pourrait être fléché sur l'accompagnement de la démarche de recertification.

---

<sup>44</sup> « IV. - La troisième section contribue à financer les conseils nationaux professionnels mentionnés à l'article L. 4021-3 du code de la santé publique. « Cette section est alimentée par une dotation de la branche Maladie, maternité, invalidité et décès du régime général ayant vocation à financer les conseils nationaux professionnels et leurs organismes fédérateurs

S'agissant des Ordres professionnels, des moyens supplémentaires seront à prévoir pour assurer une mission supplémentaire de suivi et de contrôle de la recertification. Elle pourrait, s'agissant de la garantie du respect d'une obligation déontologique de maintien des compétences et connaissances, être financée sur les cotisations ordinaires, les Ordres en consacrant une fraction à la démarche de recertification en évitant, tant que faire se peut, de la répercuter intégralement sur le montant des cotisations des inscrits au tableau.

**On voit qu'en toute première estimation, les coûts directs ne seraient pas d'une ampleur telle (de l'ordre de 5 millions d'€ en investissement, 3 à 5M€ en fonctionnement annuel) qu'ils ne soient pas possibles à assumer à horizon 2022-2025, même dans le contexte budgétaire et financier très dégradé des comptes publics et sociaux.**

**Recommandation n°30** Sur la base de comparaisons avec d'autres projets de nature proche, déterminer et provisionner les coûts directs d'investissement et de fonctionnement prévisionnels de la gestion de la démarche de recertification.

#### 4.2.4.2 Les coûts indirects liés au plus grand taux de recours aux actions rentrant en compte pour la recertification seront plus élevés

Comme on l'a vu en parties 3 et 4, une des conditions essentielles de réussite et d'acceptabilité de la mise en place d'une démarche de recertification est l'accès effectif aux actions permettant de créditer le compte de chaque professionnel et de permettre la délivrance pour le plus grand nombre d'une attestation de recertification.

Il faut donc considérer qu'un effet souhaitable, attendu et anticipé de la recertification sera d'augmenter l'effort individuel de développement et de formation professionnelle continue des professionnels de santé concernés, et donc l'effort global de formation de ces professions. Cela ne sera possible que si le système dans son ensemble accompagne cet effort, en garantissant un bon niveau de solvabilisation de ces formations, qu'elle provienne de financements publics directs (assurance maladie) ou de financements mutualisés par les OPCO, ou assurés par les branches ou établissements.

**Ce point doit être nécessairement acté au moment d'engager les concertations sur les modalités et l'accompagnement de la recertification ; la recertification aurait pour effet naturel d'augmenter les dépenses de DPC en particulier et de FPC en général.**

**Mais il ne faudrait pas que ces dépenses supplémentaires soient imputés et à financer sur le compte du projet de mise en place d'une démarche de recertification : elles sont d'ores et déjà « dues » de par les effets conjoints du code de la santé publique (au travers du DPC et des obligations déontologiques, statutaires, légales des professionnels et/ou de leurs employeurs) et du code du travail (droit à la formation).**

Une réflexion sur les moyens de rendre ces coûts soutenables permettrait le cas échéant d'identifier et de promouvoir particulièrement les types ou méthodologies d'actions qui seraient les plus « coût et temps efficaces ». De nombreuses organisations de santé, s'appuyant y compris sur des méthodologies validées par la HAS ([Formation en ligne ou e-learning](#) (révisée en 2017), [Simulation en santé](#) (révisée en 2019)), réfléchissent d'ores et déjà à réduire la part des formations ou actions en

---

mentionnés au même article L. 4021-3 dont le montant, par conseil ou organisme éligible, est fixé chaque année par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et de la santé. » ; 9° Au début du dernier alinéa, la mention : « IV. - » est remplacée par la mention : « V. - » et, après le mot : « définies », sont insérés les mots : « sauf disposition contraire ».

présentiel, au bénéfice d'actions à distance ou faisant appel à l'autoévaluation, la simulation, les *serious games* etc.

**Qu'il s'agisse des coûts directs et indirects, ils seront très probablement très inférieurs au coût complet de la « non qualité » et des mauvaises pratiques en santé. Pour peu que la démarche de recertification soit effectivement souscrite et mise en œuvre par les professionnels et suivie et contrôlée par les institutions compétentes, leur « rendement » en termes de qualité des soins, de qualité de vie des patients et de coûts évités pourrait très largement positif.**



## **LETTRE DE MISSION**





MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ

*La Ministre*  
DGOS/SDSR/MLC/D-20-001102



*Paris, le 26.1.2020*

NOTE

A l'attention de Madame Nathalie DESTAIS,  
Cheffe du service de l'Inspection générale des affaires sociales

La direction générale de l'offre de soins, est actuellement fortement mobilisée dans le champ des ressources humaines du système de santé par plusieurs chantiers au titre de la Stratégie de transformation du système de santé et de la déclinaison réglementaire des lois du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé et du 6 août 2019 de transformation de la fonction publique, mais aussi par le Pacte de refondation des urgences de septembre 2019 et le Plan « Investir pour l'hôpital » du 20 novembre 2019 qui vient compléter « Ma santé 2022 » et comporte un axe sur le renforcement de l'attractivité des métiers et la fidélisation des soignants.

La création d'un dispositif de recertification des compétences des professionnels de santé des professions disposant d'un ordre (médecins, pharmaciens, chirurgiens-dentistes, sages-femmes, infirmiers, masseurs kinésithérapeutes et pédicures-podologues) fait partie de ces chantiers prioritaires.

L'article 5 de la loi du 24 juillet 2019 prévoit en effet la création d'une procédure de certification indépendante de tout lien d'intérêt permettant, à échéances régulières au cours de la vie professionnelle de certaines professions de santé, de garantir le maintien des compétences, la qualité des pratiques professionnelles, l'actualisation et le niveau des connaissances des professionnels concernés.

Le Gouvernement dispose d'un délai d'un an pour prendre par voie d'ordonnance l'ensemble des dispositions concernant la nouvelle procédure de certification des médecins et de deux ans pour les autres professions concernées.

Des travaux préparatoires ont été conduits dans le cadre de la mission confiée au professeur Serge Uzan, président du comité de pilotage de la recertification des médecins, qui m'a remis un rapport en novembre 2018.

La mise en place de cette nouvelle procédure, pour les médecins dans un premier temps, qu'il conviendra d'adapter dans un second temps pour tenir compte le cas échéant, des spécificités des autres professions, nécessite toutefois que de nombreux aspects du projet soient approfondis, sur les plans juridique, organisationnel et financier, en concertation étroite avec l'ensemble des parties prenantes.

Afin de renforcer l'action de la direction générale de l'offre de soins dans le pilotage de ce chantier empreint d'une grande sensibilité, je vous serai reconnaissante de bien vouloir assurer une mission d'accompagnement à la conception et à la conduite de cette réforme, sur une durée de six mois à compter de janvier 2020.

Pour la conduite de cette mission, l'IGAS pourra s'appuyer sur les services de la direction générale de l'offre de soins. Elle se rapprochera également de l'ensemble des administrations, des institutions et des partenaires concernés.

Je vous prie d'agréer, Madame la Cheffe du service de l'Inspection générale des affaires sociales, l'expression de ma considération distinguée.



Agnès BUZYN

## LISTE DES ANNEXES

**Annexe 1** : Liste des sigles

**Annexe 2** : Liste des personnes rencontrées

**Annexe 3** : Présentation des dispositifs existants et du contenu proposé pour la démarche de recertification

**Annexe 4** : Exemples étrangers de dispositifs de recertification des professionnels de santé

**Annexe 5** : Rétro-planning des ordonnances et consultations obligatoires

**Annexe 6** : Analyse des critères pour déterminer les professionnels des sept professions concernés par la recertification

**Annexe 7** : Dispositions de niveau législatif à intégrer dans les ordonnances de l'article 5

**Annexe 8** : Esquisse de maquette de compte recertification

**Annexe 9** : Questionnaire de la mission IGAS

**Annexe 10** : Synthèse des réponses au questionnaire (hors CNP)

**Annexe 11** : Synthèse par la Fédération des spécialités médicales des réponses des CNP au questionnaire

**Annexe 12** : Eléments chiffrés sur le DPC et sur l'accréditation des spécialistes



## ANNEXE 1 : Liste des sigles

AMOA :	Assistance à maîtrise d'ouvrage
ANDPC :	Agence nationale du développement professionnel continu
CMG :	Collège de la médecine générale
CNAM :	Caisse nationale de l'assurance maladie
CNOM :	Conseil national de l'Ordre des médecins
CNFMCH :	Conseil national de la formation médicale continue hospitalière
CNP :	Conseils nationaux professionnels
DES :	Diplôme d'études spécialisées
DDT :	Document de traçabilité du développement professionnel continu
DPC :	Développement professionnel continu
FMC :	Formation médicale continue
FPC :	Formation professionnelle continue
FSM :	Fédération des spécialités médicales
EPP :	Evaluation des pratiques professionnelles
GDR :	Gestion des risques
HAS :	Haute autorité de santé
HCDPC :	Haut conseil du développement professionnel continu
MKR :	Masseurs-kinésithérapeutes rééducateurs
OGDPC :	Organisme gestionnaire du développement professionnel continu



## ANNEXE 2 : Liste des personnes rencontrées

### **Ministère des solidarités et de la santé**

#### Cabinet du ministre

Jérôme Marchand-Arvier, directeur de cabinet

Pr Philippe Morlat, conseiller

#### Secrétariat général des ministères sociaux

Etienne Champion, secrétaire général

#### Direction générale de l'offre de soins

Katia Julienne, directrice générale

Pr Olivier Lyon-Caen, conseiller médical de la directrice générale, qualité des parcours de soins et recertification

Vanessa Fage-Moreel, sous-directrice des ressources humaines du système de santé

Eva Jallabert, adjointe à la sous-directrice des ressources humaines du système de santé

Marc Reynier, adjoint à la sous-directrice des ressources humaines du système de santé

Guy Boudet, chef de bureau Exercice et déontologie des professions de santé

Eric Maurus, chef de bureau Exercice et déontologie des professions de santé

Sylvie Moureaux-Philibert, adjointe au chef du bureau

Michèle Perrin, chargée de mission auprès des bureaux Exercice et déontologie des professions de santé et Personnels de la fonction publique hospitalière

Emmanuelle Cohn, adjointe à la sous-directrice du pilotage de la performance des acteurs de l'offre de soins

Anne Vitoux, cheffe du bureau Produits de santé, pertinence et qualité des soins de la sous-direction du pilotage de la performance des acteurs de l'offre de soins

#### Direction de la sécurité sociale

Nicolas Labrune, sous-directeur du financement du système de soins

Emmanuel Frère-Lecoutre, chef du bureau des relations avec les professionnels de santé

#### Direction générale de la santé

Dr Marie Seval, Conseillère « Information en Santé » à la Mission Stratégie et Recherche

Direction générale de la cohésion sociale

David Soubrié, Sous-directeur des professions sociales, de l'emploi et des territoires

Nelly Jousset-Antiphon, cheffe du bureau Emploi et politique salariale

Françoise Jay-Raton, médecin territorial

**Ministère des Armées**

Direction centrale du service de santé des armées

Patrice Pejak, pharmacien général, chef de la division performance synthèse,

**Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche**

Direction générale de l'enseignement supérieur et de l'insertion professionnelle

Muriel Pochard, sous-directrice des formations et de l'insertion professionnelle

Jean-Christophe Paul, chef du département des études de santé

Marcelle Missemboukpo, adjoint du département

**Ministère de l'Education nationale**

Direction générale de l'enseignement scolaire

Brigitte Moltrecht, conseillère technique, médecin

Virginie Monney, conseillère technique infirmière

Direction générale des ressources humaines

Arnaud Leduc, chef du bureau filière ATSS

Henri Cazaban, chef département formation, parcours professionnels

Conférence des doyens de facultés

Pr Bach-Nga Pham, Vice-Présidente

Pr. Benoît Schlemmer : Doyen honoraire, Faculté de Médecine et Université de Paris

Conseiller universitaire auprès du Directeur Général de l'ARS d'Ile de France

**Ordres professionnels**

Conseil national de l'Ordre des médecins

Dr Patrick Bouet, président

Pr Serge Uzan, vice-président

Conseil national de l'ordre des chirurgiens-dentistes

Dr Serge Fournier, président

Dr Guy Nodin : président de la commission enseignement et titres.

Céline Bossy : juriste à l'ordre national

Conseil nationale de l'Ordre des sages-femmes

Anne-Marie Curat, Présidente du Conseil national

Marianne Benoit Truong-Canh, Vice-Présidente

Cécile Moulinier, Vice-Présidente adjointe

Isabelle Derrenderinger, Secrétaire générale

David Meyer, conseiller de la présidente

Conseil national de l'Ordre des infirmiers

Patrick Chamboredon, président

Conseil national de l'Ordre des pharmaciens

Dr Carine Wolf-Thal, présidente

Caroline Lhopiteau, directrice générale

Veronique Perrin, directrice de l'exercice professionnel

Conseil national de l'Ordre des pédicures-podologues

Eric Prou, président

Philippe Laurent, vice-président

Camille Cochet directrice Générale

Conseil national de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes

Pascale Mathieu, présidente

Jean-François Dumas - Secrétaire général

Nicolas Pinsault, Conseiller national

Instituts de formation

M. Michel Paparemborde, directeur de l'Institut de Formation en Masso-Kinésithérapie et pédicurie de la Région Sanitaire de Lille

**Caisse nationale de l'assurance maladie**

Dr Dominique Martin, médecin conseil national

Pr Dominique Bertrand, président du conseil scientifique de la formation des médecins conseils

Dr Béatrice Rio, cabinet du médecin conseil national, médecin

Dr Geneviève Motyka, cabinet du Médecin-Conseil national, Directrice de cabinet

Annie Fouard, médecin conseil, Direction déléguée à la gestion et à l'organisation des soins

**Haute autorité de santé**

Pr Dominique Le Guludec, présidente

Thomas Wanecq, directeur général

Catherine Grenier, directrice, Direction de l'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des soins

Cécile Lambert, secrétaire générale

**Conférence des présidents des commissions médicales d'établissements des centres hospitaliers spécialisés**

Christian Muller, président

Sylvie Perron, membre

**Agence nationale du développement professionnel continu**

Bernard Ortolan, président du Haut conseil du développement professionnel continu

Michèle Lenoir-Salfati, directrice générale

Béatrice Rolland, directrice administrative et financière et des opérations de DPC

Jean-Philippe Natali, directeur de la stratégie

**France Assos Santé**

Claude Rambault, vice-présidente

Jean-Pierre Thierry, conseiller médical

**Fédération des spécialités médicales**

Pr Olivier Goëau-Brissonnière, président, chirurgien vasculaire.

Pr Philippe Orcel, vice-président

Dr Francis Dujarric, vice-président

Valérie Le Borgne, déléguée générale

**Conseils et collèges professionnels**

Collège de médecine générale

Pr Serge Gilberg, Vice-Président du Collège

Conseil national professionnel de la Pharmacie d'Officine et de la Pharmacie Hospitalière

Pr Antoine Dupuis, président

Conseil national professionnel de la biologie

Dr Jean-Louis Pons, président

Dr Isabelle Aimone-Gastin, vice-présidente

Pr Hervé Puy, membre du bureau

Union nationale des professionnels de santé

Docteur William Joubert, président de l'UNPS et médecin généraliste,

Madame Dominique Rouland, secrétaire générale adjointe de l'UNPS

Docteur Jean-Louis Pons, membre de l'UNPS

Madame Mathilde Guest, directrice générale de l'UNPS

**Fédération hospitalière de France**

Emilie Roux, responsable du pôle Ressources Humaines Hospitalières

Quentin Henaff, adjoint

**Fédération hospitalière privée**

Christine Schibler, déléguée générale de la FHP,

Fabienne Seguenot, directrice des affaires sociales et des RH

Laurence Mikano, adjointe à la directrice des affaires sociales et des RH

**Fédération des Etablissements Hospitaliers et d'Aide à la Personne, Privés Non Lucratifs (FEHAP)**

Alice Casagrande, Directrice formation, innovation et vie associative

Annie Lecoq, conseiller médical auprès du directeur général

**Agence nationale pour la formation hospitalière (ANFH)**

Dr Eric Guyader, président du conseil d'administration

Dr Jean-Marie Woehl, président de la commission du DPC des médecins hospitaliers

Bertrand Longuet, Directeur Général

**OPCO Santé**

Jean-Pierre Delfino, directeur général

**Tables-rondes**

**Table-rond des associations et syndicats de praticiens et médecins hospitaliers**

Alliance-Hôpital SNAM-HP & CMH

Dr Stéphane David,

Intersyndicat National des Praticiens Hospitaliers (INPH)

Pr Bertrand Diquet, Vice Président

Syndicat National des Biologistes Hospitaliers (SNBH)

Dr Xavier Palette, Président

Inter-syndicale APH

Dr Carole Poupon : vice-présidente

**Table-rond des associations d'étudiants en santé**

InterSyndicale Nationale des Internes

Gaétan Casanova, président

InterSyndicale Nationale Autonome Représentative des Internes de Médecine Générale (ISNAR-IMG)

Morgan Caillault, président

Association Nationale des Étudiants en Médecine de France

Morgane Gode-Henric, Présidente

Union nationale des étudiants en chirurgie-dentaire

Alexandre Vigne, président

Association nationale des étudiants en pharmacie de France (ANEPF)

Adrien Cazes, vice-président

Fédération Nationale des Syndicats d'internes en Pharmacie et Biologie médicale (FNSIP-BM)

Tristan Celse, président

Association nationale des étudiant.e.s Sages-femmes

Fanny Toussaint, présidente

Fédération nationale des étudiants infirmiers

Bleuenn Laot, présidente

Fédération nationale des étudiants en kinésithérapie

Guillaume Jacob, président

**Participants à la table-ronde des syndicats représentatifs des salariés et agents**

Fédération CGT de la Santé et de l'Action Sociale

Laurent Laporte, secrétaire Général de l'Union Fédérale des Médecins, Ingénieurs, Cadres et Techniciens CGT

Franck Monfort, secrétaire départemental, administrateur de l'OPCO santé

Union nationale des syndicats autonomes

Laurent Philippe, membre du bureau national de la fédération Santé-sociaux

(hors table ronde)

Fédération santé-sociaux CFDT

Claudine Villain, Secrétaire nationale de la fédération santé-sociaux

Florence Dedieu, Secrétaire nationale de la, en charge des métiers et professions



## ANNEXE 3 : Présentation des dispositifs existants et du contenu proposé pour la démarche de recertification

	Professionnels concernés	Contenu de l'obligation
<p>Formation médicale / professionnelle continue</p> <p><i>Le terme Formation médicale continue figure toujours dans certains articles du Code de la santé publique, il ne recouvre plus de dispositif juridique particulier depuis 2010.</i></p>	<p>Obligation déontologique pour les professions de santé à ordre.</p> <p>Obligation statutaire pour certains professionnels de santé à statuts.</p>	<p>Les professionnels doivent entretenir et perfectionner leurs connaissances dans le respect de leur obligation de développement professionnel continu.</p> <p>Exemple des praticiens hospitaliers (Article R6152-34 du CSP) :</p> <p>Les praticiens hospitaliers doivent entretenir et perfectionner leurs connaissances. Leur développement professionnel continu est organisé par le plan mentionné au 6° de l'article R. 6144-1.</p>
<p>Démarche d'accréditation des médecins et équipes de spécialistes</p>	<p>21 spécialités médicales définies à l'article D. 4135-2 du CSP</p>	<p><u>Démarche quadriennale volontaire</u></p> <p>Inscription auprès de la HAS et suivi par un organisme agréé.</p> <p>Deux types d'actions :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-activités d'analyse de pratique</li> <li>-activités d'acquisition ou de perfectionnement des connaissances</li> </ul>
<p>Développement professionnel continu.</p> <p><i>Nb : bien que des mentions de l'évaluation des pratiques professionnelles demeurent dans certains articles du CSP, elle a été intégrée comme une composante du DPC.</i></p>	<p>31 « professions » :</p> <p>Aide-soignant, audioprothésiste, biologiste médical, chirurgien-dentiste, auxiliaire de puériculture, diététicien, épithésiste, ergothérapeute, infirmier diplômé d'Etat (<i>infirmier, infirmier anesthésiste, infirmier de bloc opératoire, infirmier puériculteur, infirmier en pratique avancée</i>)</p> <p>manipulateur d'électroradiologie médicale, masseur-kinésithérapeute, médecin, oculariste, opticien-lunetier, orthopédiste-orthésiste,</p>	<p><u>Obligation triennale</u></p> <p>Le DPC a pour objectifs le maintien et l'actualisation des connaissances et des compétences ainsi que l'amélioration des pratiques.</p> <p>Démarche comportant trois types d'actions dans le cadre d'un parcours de développement professionnel continu, financé ou non par l'ANDPC :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- formation</li> </ul>

	orthophoniste, orthoprothésiste, orthoptiste, pédicure-podologue, pharmacien, podo-orthésistes, préparateur en pharmacie, préparateur en pharmacie hospitalière, psychomotricien, sage-femme, technicien de laboratoire médical.	<p>- évaluation et d'amélioration des pratiques</p> <p>- gestion des risques</p> <p>Pour satisfaire à son obligation, le professionnel de santé :</p> <p>-se conforme à la recommandation de parcours de DPC du conseil national professionnel compétent.</p> <p>Ou bien justifie au cours d'une période de trois ans :</p> <p>-soit de son engagement dans une démarche d'accréditation ;</p> <p>-soit de son engagement dans une démarche de développement professionnel continu comportant des. La démarche doit comporter au moins deux de ces trois types d'actions et au moins une action s'inscrivant dans le cadre des orientations prioritaires. Il peut faire valoir les formations organisées par l'université qu'il aura suivies.</p>
Certification des établissements de santé	Ensemble des établissements de santé	<p><u>Obligation tous les 4 ans.</u></p> <p>Dispositif d'évaluation externe et indépendant de la qualité des soins piloté par la HAS.</p> <p>Assises sur un référentiel et des manuels de recertification édictés par la HAS et conduite par des experts-visiteurs mandatés par elle, elle porte sur quinze objectifs fondamentaux et mesure :</p> <p>-le niveau des prestations et soins délivrés aux patients ;</p> <p>-la dynamique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins mise en œuvre par les établissements.</p>
Accréditation des laboratoires de biologie médicale	Ensemble des laboratoires de biologie médicale (LBM)	<p><u>Obligation tous les 4 ans pour la première démarche puis tous les 5 ans</u></p> <p>Dispositif visant à garantir la fiabilité des examens de biologie médicale réalisés et la qualité de la prestation médicale des laboratoires.</p> <p>L'accréditation est délivrée par le Comité français d'accréditation (COFRAC) à l'issue d'audits indépendants et repose sur des normes européennes harmonisées.</p>
Démarche de recertification	Sept professions visées dans l'article 5 de la loi du 24 juillet 2019 : médecin, chirurgien-dentiste, sage-	<u>Obligation sexennale</u>

<p>(article 5 de la loi du 24 juillet 2019)</p>	<p>femme, pharmacien, infirmier, masseur-kinésithérapeute et pédicure-podologue.</p> <p><i>Nb : la spécialité de biologiste médicale est concernée puisqu'exercée par des médecins ou des pharmaciens titulaires d'un diplôme ou d'une qualification en biologie médicale.</i></p>	<p>Procédure de certification indépendante de tout lien d'intérêt permettant, à échéances régulières au cours de la vie professionnelle, de garantir le maintien des compétences, la qualité des pratiques professionnelles, l'actualisation et le niveau des connaissances des professionnels.</p> <p><u>Critères proposés :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-prise en compte des actions de DPC, de formation hors DPC, mais aussi des activités d'enseignement, de recherche, d'expertise</li> <li>-prise en compte de l'accréditation et d'autres démarches qualité dont la certification des établissements de santé et l'accréditation des LBM</li> <li>-démarches d'amélioration de la qualité de la relation avec les patients</li> <li>-attention des professionnels à leur propre santé</li> <li>-activité professionnelle suffisante</li> <li>-absence de signaux « négatifs »</li> </ul>
---	--	---



## ANNEXE 4 : Exemples étrangers de dispositifs de recertification des professionnels de santé

### Exemple du Royaume-Uni

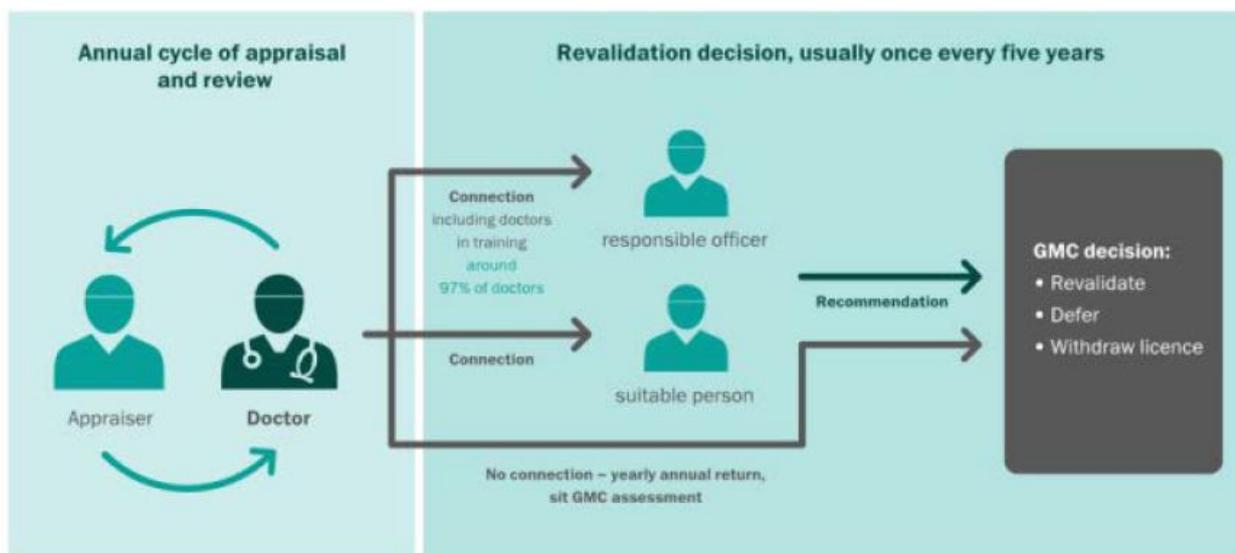
Source : *General medical council, Guidance for doctors: requirements for revalidation and maintaining your licence.*

Les médecins qui exercent la médecine au Royaume-Uni doivent être enregistrés et détenir une licence d'exercice (licence) délivrée par le General Medical Council (GMC). Tout médecin inscrit doit revalider sa licence pour prouver qu'il est à jour et apte à exercer. L'enregistrement montre qu'un médecin a acquis les qualifications ou la formation appropriées pour exercer la médecine. La licence donne au médecin l'autorisation légale d'exercer certaines activités au Royaume-Uni

La revalidation est mise en œuvre par le GMC et est un processus d'évaluation de l'aptitude à exercer par lequel tous les médecins détenteurs d'une autorisation d'exercice démontrent à échéance régulière qu'ils ont actualisé leurs connaissances, ont les compétences requises pour exercer dans leur domaine d'activité et sont capables de délivrer des soins de qualité.

Ainsi que l'indique le GMC, « *La revalidation n'est pas un moyen de soulever ou d'aborder des problèmes concernant la pratique d'un médecin. Les préoccupations doivent être soulevées lorsqu'elles se présentent, par le biais des processus de gouvernance locale pertinents et non par une évaluation. Lorsque les préoccupations sont graves, elles doivent être transmises par le biais des procédures existantes d'évaluation de l'aptitude à exercer.* »

La revalidation est obligatoire et renouvelée tous les 5 ans. Elle est fondée sur un échange annuel par un pair (appraisal) et une démarche continue de formation et d'évaluation du médecin, démarche qui doit être consignée dans un portfolio.



Le médecin conduit sa démarche sous la supervision d'un « responsable », la plupart du temps, un médecin de haut niveau au sein de l'organisation au sein de laquelle il exerce. Le "responsable" supervise le processus de revalidation et fait des recommandations au GMC sur l'opportunité de revalider un médecin.

Dans le cadre de sa pratique, le médecin doit collecter les informations dans 6 domaines, y réfléchir et en discuter lors de l'évaluation annuelle : le développement professionnel continu, les activités d'évaluation d'amélioration des pratiques, les événements significatifs, les retours (feedback) des patients, les retours des collègues, les plaintes et compliments reçus.

Il est tenu d'informer son « responsable » de tout événement indésirable, plainte, doute sur l'aptitude à exercer ou s'il fait l'objet d'une mesure de suspension par son employeur ou le GMC.

## Exemples du Canada et de la province de Québec

### Le maintien des compétences au Québec pour les médecins

Source : *guide explicatif publié par le Collège des médecins du Québec, 2019.*

Le maintien des compétences au Québec est une obligation. Le Code de déontologie du Québec prévoit que « *Le médecin doit exercer sa profession selon les normes médicales actuelles les plus élevées possible; à cette fin, il doit notamment développer, parfaire et tenir à jour ses connaissances et habiletés* ».

Le [Règlement sur la formation continue obligatoire des médecins](#) prévoit également que tous les médecins inscrits au tableau du Collège des médecins du Québec devront, à titre de membres actifs, participer à un minimum de :

- 250 heures d'activités de formation continue par période de référence de cinq ans incluant :
  - Au moins 125 heures de développement professionnel reconnues
  - 10 heures d'activité d'évaluation de l'exercice reconnues
- 25 heures par année d'activités de formation continue reconnues

Lorsque le médecin est en défaut par rapport à son obligation et n'a pas remédié à la situation dans le délai prévu, le règlement prévoit une série de mesures qui peuvent être imposées à un médecin, selon sa situation. Dans ces cas, c'est le comité de développement professionnel continu et remédiation (CDPCR) du Collège qui évalue la déclaration du médecin en défaut, et qui impose l'une ou l'autre des mesures suivantes :

- Obligation de déposer au Collège un plan détaillé des activités de formation continue que le médecin entend effectuer au cours de la prochaine année;
- Obligation de participer à un atelier de formation dispensé par le Collège sur la planification des activités de développement professionnel ou d'évaluation de l'exercice;
- Obligation de rencontrer un responsable de la formation continue du Collège et de participer à un suivi individuel de son plan de formation continue;
- Obligation de participer à une activité de formation continue particulière déterminée par le Collège;

- Obligation de réussir un stage ou un tutorat dans son domaine d'exercice, d'une durée d'au moins 10 jours

La décision du CDPCR est notifiée au médecin. Le médecin qui fait l'objet d'une ou de plusieurs de ces sanctions est informé du délai dont il dispose pour s'y conformer. Il est aussi informé des obligations – heures de formation requises (par catégorie) – qu'il lui reste à remplir durant l'année et la période de référence en cours.

Si le médecin ne se conforme pas à ses obligations dans les délais fixés, le Collège peut suspendre ou limiter son droit d'exercice ou, le cas échéant, le radier du tableau de l'ordre. Lorsque le Collège entend suspendre, limiter ou radier un médecin, il doit l'en aviser par écrit et lui indiquer les exigences à respecter pour éviter une telle sanction.

Il doit alors l'informer de son droit de présenter des observations écrites dans un délai de 15 jours à partir de la date de la notification de l'avis. Dans les cas où le Collège entend suspendre le permis d'exercice d'un médecin, l'avis doit également inclure une information selon laquelle il sera radié du tableau des membres du Collège s'il ne remédie pas à son défaut durant l'année suivant la notification de la suspension.

### **Le programmes du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada**

*Source : Règlement et politiques du programme de MDC pour les Associés, collège royal des médecins et chirurgiens du Canada.*

Le collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, qui réunit les médecins spécialistes autres que de médecine générale, a construit un dispositif de « maintien du certificat » (MDC) permettant de mettre en œuvre l'obligation de DPC. Lancée en 2000, la participation au programme de MDC est une exigence de l'admission et du renouvellement du titre d'Associé du Collège royal.

Pour ce faire, le collège royal a construit un système de compte dématérialisé permettant d'obtenir des crédits pour les actions déclarées, le « portfolio électronique [MAINPORT](#) ». C'est un outil de planification qui permet aux médecins d'inscrire leurs objectifs d'apprentissage et de créer des plans détaillés pour atteindre chacun de ces objectifs et suivre leur évolution durant l'année. Les Associés qui participent au programme de MDC sont tenus de déclarer les activités de développement professionnel continu qu'ils ont suivi et de consigner les résultats d'apprentissage dans le portfolio électronique MAINPORT.

Tous les Associés et les participants au programme de MDC sont tenus d'obtenir au moins 25 crédits dans chacune des sections d'apprentissage du programme au cours de leur cycle quinquennal, avec l'obligation d'effectuer au moins 40 crédits par année et 400 crédits par cycle quinquennal

Chaque année, des spécialistes qui ont déclaré des activités de DPC au Collège royal durant l'année précédente peuvent être sélectionnés pour participer à une validation de crédits. Ils doivent donc fournir la documentation nécessaire (pertinente par rapport aux sections individuelles du cadre des activités de DPC) au Collège royal à l'appui des activités qu'ils ont déclarées. Si un spécialiste ne présente pas la documentation nécessaire pour valider les activités qu'il a déclarées, ces activités et crédits seront supprimés des données soumises.

Les Associés qui n'ont pas satisfait à l'exigence minimale de 400 crédits et qui n'ont pas accumulé au moins 25 crédits dans chacune des sections du programme de MDC\* à la fin de leur cycle quinquennal risquent de perdre leur titre d'Associé pour non-conformité au programme de MDC.

## Exemple de la Nouvelle-Zélande – recertification des infirmiers par le Nursing Council of New-Zealand

Les exigences en matière de maintien des compétences des infirmiers en Nouvelle Zélande sont fortes. **Tous les infirmiers en exercice doivent disposer d'une autorisation d'exercice renouvelée annuellement et maintenir leur compétence pour exercer leur profession :**

- en effectuant 60 jours ou 450 heures de pratique au cours des trois dernières années
- en ayant suivi 60 heures de formation professionnelle au cours des trois dernières années
- en répondant aux exigences du Conseil des soins infirmiers pour leur champ de pratique.

**Chaque année, cinq pour cent des infirmières sont sélectionnées par tirage au sort pour participer à un audit de recertification et doivent apporter des preuves de l'effort d'entretien de leurs compétences.**

La procédure de recertification pilotée par le Nursing council of New-Zealand se déroule de la façon suivante :

### 1. Déclarer ses heures de pratique

Au moins 450 heures de pratique (ou 60 jours) au cours des trois dernières années.

Fournir une lettre signée de l'employeur ou du responsable indiquant vos heures de pratique effectives au cours de la dernière année (ou des trois dernières années).

### 2. Évaluer ses compétences

Les infirmiers doivent fournir deux évaluations de compétences :

#### a. Une auto-évaluation vérifiée

Donner un exemple tiré de la pratique quotidienne pour montrer comment l'infirmier répond à chacune des exigences du Conseil.

Faire signer et dater l'évaluation par un infirmier diplômé ayant une autorisation d'exercice valide.

#### b. Évaluation par un cadre infirmier /évaluation par les pairs

Il est demandé, à un cadre infirmier ou à un pair, de conduire une évaluation (assessment) sur la manière dont l'infirmier pense avoir satisfait à chacune des compétences listées par le Conseil.

### 3. Valoriser les heures de perfectionnement professionnel

L'infirmier doit fournir un résumé vérifié des cours et des heures de formation professionnelle suivies au cours des trois dernières années : la date de l'activité, le nom de l'activité et les heures.

Il doit présenter une attestation de l'employeur, du responsable ou de du formateur infirmier.

L'infirmier est tenu de fournir des déclarations d'apprentissage et de préciser comment l'activité a confirmé ou influencé sa pratique avec une brève déclaration pour chaque cours ou activité ou une déclaration plus détaillée pour les trois cours ou activités clés.

Procédure d'envoi et d'examen du dossier

Les infirmiers peuvent télécharger les formulaires d'évaluation ou envoyer par email d'autres formulaires s'ils répondent à l'exigence d'audit de recertification du Council.

Les infirmiers sont informés par courrier électronique de leur sélection pour l'audit de recertification au moins trois mois (12 semaines) avant l'expiration du certificat annuel de pratique. Ils ont six semaines pour fournir leurs preuves.

Le Conseil prend ensuite environ six semaines pour évaluer les preuves, qui sont envoyées à un auditeur (une infirmière formée et compétente en matière d'évaluation) qui détermine si les preuves répondent aux exigences de l'audit.



## ANNEXE 5 : Rétro-planning des ordonnances et consultations obligatoires

**Rappels : le contenu du projet d'ordonnance est défini et encadré par les termes de la loi d'habilitation, éclairés le cas échéant par les travaux préparatoires.**

**Les obligations de consultation préalables applicables aux textes réglementaires, que ce soit aux termes d'une disposition législative ou d'une disposition réglementaire, s'imposent aux ordonnances.**

-projet de ratification : au plus tard trois mois après la publication, donc dépôt au Parlement avant mi-octobre et conseil des ministres début octobre.

**-délai limite pour publication de l'ordonnance : 25 juillet 2021 (pour une entrée en vigueur le 26 juillet au plus tard, soit deux ans après la publication de la loi n°2019-774)**

-dernier conseil des ministres « envisageable » : semaine du 12 juillet (avant dernier CM avant fin du délai)

-examen par le CE : juin, dernière limite semaine du 5 juillet

-saisine du CE : mai, dernière limite semaine du 1<sup>er</sup> juin (4 semaines avant section)

**-consultations obligatoires :**

Conseil supérieur de la fonction public hospitalière

Union nationale des professionnels de santé

Haut conseil des professions paramédicales

Conférence nationale de santé

Caisse nationale d'assurance maladie

Le cas échéant : conseils nationaux des Ordres professionnels ; Haut conseil du développement professionnel continu



## ANNEXE 6 : Analyse des critères pour déterminer les professionnels des sept professions concernés par la recertification

### Les professionnels inscrits au tableau de leur ordre

Pour le plus grand nombre de professionnels des sept professions de l'article 5, l'inscription au tableau de l'Ordre est obligatoire pour pouvoir exercer. Il y a toutefois des exceptions, de possibilité d'inscription volontaire ou des exclusions de possibilité d'être inscrit qu'il conviendra de prendre en compte.

- Professions médicales (Médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes)

L'inscription au Tableau de l'Ordre est obligatoire pour exercer ces professions :

Article L4121-1 du CSP : "L'ordre national des médecins, celui des chirurgiens-dentistes et celui des sages-femmes groupent obligatoirement tous les médecins, les chirurgiens-dentistes ou les sages-femmes habilités à exercer, à l'exception des médecins, des chirurgiens-dentistes et des sages-femmes relevant des dispositions de l'article L. 4138-2 du code de la défense." Le champ de cette obligation est très large et ne connaît que peu d'exceptions.

- Professionnels fonctionnaires de l'Etat et des collectivités territoriales

L'obligation d'inscription à l'Ordre ne s'applique pas aux médecins, qui, ayant la qualité de fonctionnaire de l'État ou d'agent titulaire d'une collectivité locale ne sont pas appelés, dans l'exercice de leurs fonctions, à exercer la médecine<sup>45</sup>. Pour ces deux catégories de médecins, si le choix est fait de les inclure dans la recertification, il conviendra de les identifier via leurs employeurs ou une déclaration individuelle.

- Professionnels en position d'activité du service de santé des armées

Le code de la santé publique<sup>46</sup> dispose que les professionnels de santé militaires ne sont inscrits à aucun tableau d'ordre professionnel et sont enregistrés par le ministre de la défense.

Depuis janvier 2018, ils ne peuvent demander leur inscription à l'Ordre des médecins que lorsqu'ils ne sont plus en position d'activité au sein du Service de Santé des Armées et qu'ils remplissent les conditions requises d'inscription, de moralité, de compétences professionnelles et d'aptitudes physiques et psychologiques.

- Profession de pharmacien

<sup>45</sup> Article L. 4112-6 du CSP.

<sup>46</sup> Article L4061-1 du CSP.

Elle fait l'objet d'une obligation large d'inscription au tableau qui concerne aussi bien les pharmaciens de dispensation (section A, D et H, et E pour l'Outre mer) que les pharmaciens de l'industrie et de la distribution en gros (sections B et C).

Comme on l'a vu *supra*, les biologistes médicaux sont inscrits donc être inscrits à l'Ordre correspondant à leur profession et donc pour les pharmaciens biologiste, au sein de la section G.

- Professions non médicales

Les dispositions concernant ces professions sont très proches de celles applicables aux professions médicales.

Ainsi, par exemple, l'inscription au tableau de l'Ordre national des infirmiers est obligatoire pour tout infirmier quel que soit son mode d'exercice (Article L4312-1 du CSP : Il est institué un ordre national des infirmiers groupant obligatoirement tous les infirmiers habilités à exercer leur profession en France). D'après l'ONI, relèvent de l'inscription obligatoire l'exercice "salarié du public ou du privé, libéral, cadre formateur, cadre de santé infirmier, directeur de soins infirmiers, infirmier de santé au travail, infirmier scolaire, etc.". Conformément aux dispositions de l'article L. 4061-1, les infirmiers relevant des dispositions de l'article L. 4138-2 du code de la défense ne sont inscrits à aucun tableau.

Un décret du 10 juillet 2018, paru au Journal officiel du 12 juillet, prévoit la régularisation de l'inscription au tableau de l'Ordre des infirmiers salariés par les employeurs publics et privés.

- Les professionnels à diplômes hors Union européenne

Ces professionnels, qui font l'objet d'une procédure particulière d'inscription au tableau de l'Ordre compétent, doivent bien être concernés par la recertification.

- Le cas particulier des professionnels UE ou EEE exerçant temporairement en France

L'article L4112-7 du CSP prévoit que le médecin, le praticien de l'art dentaire ou la sage-femme ressortissant d'un Etat, membre de l'Union européenne ou partie à l'accord sur l'Espace économique européen, qui est établi et exerce légalement les activités dans un Etat, membre ou partie, peut exécuter en France, de manière temporaire et occasionnelle, des actes de sa profession sans être inscrit au tableau de l'ordre correspondant. Il serait logique de ne pas inclure ces professionnels dans le champ de la recertification.

### **Les professionnels soumis à obligation de DPC**

L'obligation de DPC est très large et concerne un nombre plus important de professions (31 au total) que les sept visées à l'article 5 de la loi, il conviendrait alors d'exclure ces professions du champ de l'obligation de recertification si l'on voulait se fonder sur ce critère.

#### **Le champ de l'obligation de DPC**

Bien que le champ des professionnels soit très largement défini, un article spécifique du CSP précise que l'obligation de DPC s'applique bien à certains types de professionnels exerçant dans un établissement :

**Article L6155-1** Les médecins, odontologistes et les pharmaciens exerçant leurs fonctions dans les établissements publics de santé, dans les hôpitaux des armées, ainsi que ceux exerçant leurs fonctions dans les établissements de santé privés d'intérêt collectif, sont soumis à une obligation de développement professionnel continu dans le cadre du développement professionnel continu défini aux articles L. 4021-1 à L. 4021-8.

## ANNEXE 7 : Dispositions de niveau législatif à intégrer dans les ordonnances de l'article 5

Disposition	Code à modifier	Emplacement	Article nouveau ou à modifier	Textes d'application (DCE, Décret, Arrêté)
<b>Périmètre</b>				
Création, objectif et définition de la recertification	CSP	Quatrième partie : Professions de santé (Livre préliminaire : Dispositions communes)	Nouveau	
Liste des professions concernées	CSP	Idem	Nouveau	DCE
Professionnels concernés (inscrits au tableau / non inscrits)	CSP	Idem	Nouveau	DCE
Professionnels concernés par l'obligation à une date donnée (ou date d'entrée en vigueur de l'obligation)	CSP	Idem	Nouveau	DCE
Professionnels pouvant entrer volontairement dans la recertification (dans un premier temps ou durablement)	CSP	Idem Professions de santé	Nouveau	DCE
Professionnels exclus de droit de l'obligation (SSA notamment)	CSP	Idem	Nouveau	DCE
Cas des professionnels changeant d'exercice en cours de période de recertification	CSP	Idem	Nouveau	DCE
Cas des professionnels changeant de profession en cours de période de recertification	CSP	Idem	Nouveau	DCE
Cas de professionnels reprenant une activité après interruption	CSP	Idem	Nouveau	DCE
Autres	CSP			
<b>Modalités de la recertification</b>	CSP			
Temporalité de la recertification	CSP	Quatrième partie : Professions de	Nouveau	

RAPPORT IGAS N°2020-028R

		santé (Livre préliminaire : Dispositions communes)		
Contenu de la recertification : liste des items ou actions pris en compte	Idem	Idem	Nouveau	Décret
Unité de compte de la recertification (volets à valider, crédits)	Idem	Idem	Nouveau	Décret
Création de référentiels de recertification	Idem	Idem	Nouveau	Décret Arrêté
Articulation DPC / recertification	Idem	Idem		
Prise en compte d'autres démarches d'accréditation ou d'autres démarches qualité	CSP	Idem	Nouveau	
<b>Suivi de la recertification</b>				
Organisme en charge du suivi	CSP	Nouveau titre à créer	Nouveau	Décret
Création d'un compte individuel recertification	Idem	Idem	Nouveau	DCE
Condition d'ouverture du compte / obligation d'ouvrir un compte	Idem	Idem	Nouveau	DCE
Echanges de données entre organismes pour l'alimentation du compte	Idem	Idem	Nouveau	DCE
Caractère automatique de la collecte de certaines données	Idem	Idem	Nouveau	DCE
Caractère déclaratif de certaines données	Idem	Idem	Nouveau	DCE
Conditions de consultation du compte	Idem	Idem	Nouveau	DCE
<b>Ajout de la recertification dans les missions ou compétences des organismes</b>				
Création d'un Conseil national	CSP	Professions de santé (Livre préliminaire : Dispositions communes)	Nouveau	Peut-être créé par décret simple

Création d'une commission scientifique (réglementée ou indépendante)	CSS ou CSP		Nouveau	
Missions de la HAS	CSS, CSP		Modifié	DCE
Missions des Ordres professionnels	CSP	Pour chaque ordre professionnel	Modifié	DCE
Missions de l'ANDPC	CSP		Modifié	DCE
Missions des CNP	CSP		Modifié	D
<b>Conséquences de la recertification</b>				
Autorisation de communiquer sur l'obtention de la recertification	CSP		Nouveau	A priori, de niveau DCE (dispositions générales + codes de déontologie)
Création d'un site ou mise en ligne des listes de professionnels recertifiés	CSP		Nouveau	DCE
<b>Conséquences de la non-recertification</b>				
Procédure de bilan à mi-parcours / 3ans	CSP	Quatrième partie : Professions de santé	Nouveau	DCE
Procédure d'alerte à X mois avant les 6 ans	idem	Quatrième partie : Professions de santé	Nouveau	DCE
Information des employeurs		Quatrième partie : Professions de santé	Nouveau	DCE
Mise en demeure avant sanction (libéraux / salariés)	CSP		Nouveau	DCE
Sanction de la non recertification (libéraux / salariés)	CSP		Nouveau	DCE
Eventuellement : conditions de communication des liste des professionnels non recertifiés	CSP	Quatrième partie : Professions de santé	Nouveau	DCE



# ANNEXE 8 : Esquisse de maquette de compte recertification

## Notice :

### Un nombre total de crédits est à atteindre sur 6 ans (ligne 1 et 2)

Un nombre minimal de crédits à atteindre	min	Proposé à 90 points, pour pouvoir être divisible par 2 ou 3
Un nombre de crédits maximal créditable (écrêtement au-delà)	max	Proposé à 120 points

### Un découpage en 4 blocs créditeurs avec :

Un nombre minimal à atteindre pour chaque bloc	min bloc
Un nombre de crédits maximal créditable pour chacun des blocs	max bloc

### Les 4 blocs créditeurs sont les suivants :

Bloc actualisation des connaissances et compétences <i>(un volet de ce bloc est dédié aux actions s'inscrivant dans le parcours de développement des CNP, hors DPC)</i>	Le nombre de crédits est attribué soit en fonction du nombre d'actions dans les orientations nationales (ON) ou hors orientations (hors ON)
Bloc qualité des pratiques professionnelles	Le nombre de crédits est attribué en fonction du taux de souscription aux procédures qualité déclarées
Bloc relation avec le patient	Le nombre de crédits est attribué sur la base d'1 action pour chaque période triennale
Bloc santé du professionnel	Le nombre de crédits est attribué sur la base d'1 action pour chaque période triennale

### Une majoration ou une minoration des points à atteindre sur deux critères

Prise en compte de l'activité	L'interruption longue ou la faible activité entraînent une majoration de 10% des crédits à atteindre, une activité forte maintenue une majoration de 10%
Prise en compte des signaux négatifs	Les signaux négatifs entraînent une majoration de 10% des crédits à obtenir

### Le compte du professionnel (colonnes L à P) reprend les informations suivantes :

Minimum de crédits à atteindre	
Maximum de crédits de la profession	<i>Nb : la maquette n'inclut pas de formules d'écrêtement automatique des crédits gagnés au dessus du maximum par bloc</i>
Modulation faible activité	
Modulation signaux négatifs	
Modulation activité forte maintenue professionnelle	
Objectif individualisé	Calculé à partir du minimum de crédits à atteindre après application des modulations à la hausse et à la baisse
Crédits portés au compte	Actualisé au fil de l'eau
Ecart au nombre de crédits à atteindre	Un nombre négatif indique un retard à combler, un nombre positif un excédent de crédits

## Esquisse de maquette de recertification

Nombre total de crédits à atteindre en 6 ans		Min	Max
		90	120

					Contrôle		90	120
					Triennal 1	Triennal 2		
<b>Bloc actualisation des connaissances et compétences</b>					<b>Bloc relation avec le patient</b>			
Actions DPC enregistrées ANDPC	1 action non ON	1 action ON	1 non ON, 1 ON	2 actions ON				
1er triennal	2	6	10	15				
2ème triennal	2	6	10	15				
Actions parcours développement CNP	2 actions	4 actions	6 actions	8 actions et +				
Actions labellisées CNP	2	6	10	15				
Autres actions de formation du parcours	2	6	10	15				
Enseignement, recherche, commissions, expertise scientifique	2	4	6	8	<b>Bloc santé du professionnel</b>			
Actions individuelles sur déclaration ou à valider par le CNP	1	2	3	4				
	Min bloc	Max bloc	Crédits acquis	Ecart au min	Triennal 1	Triennal 2		
Nombre de crédits	50	60	55	5				
<b>Bloc qualité des pratiques professionnelles</b>	(% en fonction de la période couverte)							
Accréditation des professions à risque	25%	50%	75%	100%				
Points en fonction du % de couverture	5	10	20	30				
Participation à un registre (InCA, CNP)	5	10	20	30				
Souscription à une démarche qualité validée (y.c. ROSP)	5	10	20	30				
Implication dans une démarche de certification	5	8	10	15				
Habilitation obligatoire (sécurité nucléaire etc)	5	8	10	15				
	Min bloc	Max bloc	Crédits acquis	Ecart au min	Min bloc	Max bloc	Crédits acquis	Ecart au min
Nombre de crédits	30	40	25	-5	5	10	10	5
					<b>Prise en compte de l'activité</b>			
					Triennal 1	Triennal 2		
					-10%	-10%		
					10%	10%		
					10%	10%		
					<b>Prise en compte des signaux négatifs</b>			
					Triennal 1	Triennal 2		
					10%	10%		
					10%	10%		

Maximum de crédits de la profession		120
Modulation faible activité	0%	0
Modulation signaux négatifs	10%	9
Modulation activité forte maintenue professionnelle	-10%	-9
Objectif individualisé		90
Crédits portés au compte		95
Ecart au nombre de crédits à atteindre		5



## ANNEXE 9 : Questionnaire de la mission IGAS

### Consultation en vue de la mise en place d'une recertification périodique des professionnels de santé

**Mail d'envoi du questionnaire (dès signature de la lettre) :**

Madame, Monsieur,

L'Inspection générale des affaires sociales (IGAS), saisie par le Ministre des solidarités et de la santé, conduit une consultation sur les objectifs et les modalités d'une validation régulière des compétences et connaissances (ou "recertification") tout au long de la vie professionnelle des médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes, pharmaciens, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes et pédicures-podologues.

*Nb : Cette mission s'inscrit dans le cadre de l'habilitation donnée par le parlement au gouvernement par l'article 5 de la loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé de créer par voie d'ordonnance "une procédure de certification indépendante de tout lien d'intérêt permettant, à échéances régulières au cours de la vie professionnelle, de garantir le maintien des compétences, la qualité des pratiques professionnelles, l'actualisation et le niveau des connaissances". Deux ordonnances sont à prendre, l'une pour les médecins, l'autre pour les six autres professions.*

La consultation des institutions et parties prenantes confiée à la mission de l'IGAS vise à préciser le périmètre et le contenu que pourrait prendre la recertification, ainsi qu'à actualiser les travaux déjà réalisés notamment par le comité présidé par le Pr Serge Uzan. Elle a également pour vocation à examiner la pertinence et/ou la faisabilité des orientations envisageables.

Compte-tenu du contexte pandémique et des mesures sanitaires en vigueur, la mission de l'IGAS a retenu pour cette consultation le recours à un **questionnaire détaillé**, accompagné le cas échéant d'entretiens et de table-rondes en télé ou visioconférence.

**Vous trouverez ci-dessous le lien d'accès au questionnaire de la mission.**

Si vous acceptez d'y répondre, vous devez activer le lien ci-dessous et renseigner les questions avant le 18 décembre 2020 minuit. Ce lien n'est valable que pour l'adresse de messagerie auquel il a été adressé et ne peut être transféré. Si vous avez des questions concernant ce questionnaire, merci de les adresser à l'adresse suivante : [jean-philippe.vinquant@igas.gouv.fr](mailto:jean-philippe.vinquant@igas.gouv.fr)

**Précisions sur le questionnaire de la mission**

Ce questionnaire est administré sous la responsabilité de la mission IGAS. Il a été élaboré sur la base de la documentation et des contributions disponibles et de premiers entretiens. Les options proposées ne sont ni exhaustives ni toutes expertisées dans leur faisabilité. Il vous est possible d'en proposer d'autres.

Le questionnaire n'a pas vocation à constituer un sondage représentatif à vocation statistique mais d'une consultation libre des acteurs concernés. En y répondant, vous acceptez que les informations fournies soient recueillies et exploitées par l'IGAS pour les seuls besoins de la présente mission.

Les réponses ou données brutes recueillies seront exploitées de façon anonymisée par catégories d'organisations ou de professionnels. Aucune base de données nominatives ne sera constituée. La mission procédera à l'analyse des réponses, et en restituera les conclusions au ministre des solidarités et de la santé au début de l'année 2021.

**Page d'introduction du questionnaire en ligne :**

Nous vous remercions d'avoir ouvert ce questionnaire en ligne élaboré par la mission de l'Inspection générale des affaires sociales dans le cadre de la consultation des institutions et parties prenantes sur la mise en place d'une validation régulière des compétences et connaissances (ou "recertification périodique") tout au long de la vie professionnelle des médecins, des chirurgiens-dentistes, des sages-femmes, des pharmaciens, des infirmiers, des masseurs-kinésithérapeutes et des pédicures-podologues.

Vos réponses sont enregistrées tout au long de la saisie, ce qui vous permet de répondre en plusieurs sessions. Elles ne seront considérées comme définitives que quand vous aurez cliqué sur le bouton "valider" à la fin du questionnaire. A l'exception de deux premières questions permettant à la mission d'identifier l'organisation et le statut du répondant, aucune réponse n'est obligatoire ou bloquante. S'agissant des plages d'expression libre, merci à vous d'être synthétiques dans la longueur de vos contributions.

*NB : Le recueil et le traitement des réponses seront réalisés par l'Igas pour les seuls besoins de la mission, sans constitution de bases de données nominatives. Les résultats seront exploités et analysés de façon anonymisée et classés par catégories d'organisations ou de professions.*

## Questions préliminaires

**Quel organisme représentez-vous ?**

(Champ libre obligatoire)

**Nature du répondant :** (Menu déroulant choix unique)

- Institution ou organisme prenant part au dispositif
- Représentant syndical ou associatif des professionnels en activité
- Représentant syndical ou associatif des futurs professionnels en formation initiale
- Professionnel en activité
- Futur professionnel en formation initiale
- Employeur d'une ou plusieurs professions concernées par le dispositif
- Autres : à préciser

**Profession(s) concernée(s) par les réponses :** (Cases à cocher choix multiple)

Info-bulle : "concernant les biologistes médicaux, indiquez la profession de votre formation initiale ou l'ordre auquel vous êtes rattaché"

- médecin  
Précisez si vous le souhaitez la spécialité :.....
- chirurgien-dentiste
- sage-femme
- pharmacien
- infirmier
- masseur-kinésithérapeute
- pédicure-podologue
- autres

Précisez :

(champ libre)

**Type d'activité concernée par les réponses :** (Cases à cocher choix multiple)

- libérale
- salariée du secteur public
- salariée du secteur privé commercial
- salarié du secteur privé non lucratif

**Secteur d'activité concerné par les réponses :** (Cases à cocher choix multiple)

- sanitaire
- médico-social
- social,
- autres

Précisez :

(champ libre)

## Attentes à l'égard de la réforme

**Qu'est-ce qui selon vous rend aujourd'hui opportun ou nécessaire la mise en place d'un système de recertification des professionnels de santé en France ?**

(Champ libre)

**Qu'attendez-vous d'un tel dispositif ?**

(Champ libre)

**Quelles craintes ou réticences un tel dispositif peut-il, selon vous, susciter ?**

(Champ libre)

**Aviez-vous connaissance des propositions formulées par le rapport de 2018 du comité de pilotage présidé par le Pr Uzan (ne traitant à l'époque que des médecins) et des dispositions de l'article 5 de la loi du 24 juillet 2019 ?**

Oui/non

**Avez-vous, ou un autre représentant de votre organisation, été associé à ce comité de pilotage, ou auditionné par ce dernier, ou invité à adresser une contribution ?**

Oui/non

Le cadre proposé par le rapport du comité Uzan, était le suivant :

**Le nom du dispositif** : "Certification et valorisation périodique du parcours professionnel des médecins" (CVP)

Ce nom vous convient-il ?

Oui/non

**La périodicité de la recertification** : tous les 6 ans, soit 2 exercices triennaux de DPC

Cette périodicité vous convient-elle ?

Oui/non

Si non, veuillez indiquer vos propositions alternatives.

(Champ libre)

L'article 5 de la loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé définit l'objectif de la "recertification" ainsi : *"garantir le maintien des compétences, la qualité des pratiques professionnelles, l'actualisation et le niveau des connaissances"*.

L'analyse de la littérature sur le sujet et des contributions déjà partagées montrent l'existence d'une grande diversité d'attentes derrière cette définition.

**Classez les objectifs suivants par ordre de priorité**

- Obj 1 : Améliorer la qualité des soins (renforcer l'obligation de DPC et l'appropriation de bonnes pratiques professionnelles)
- Obj 2 : Améliorer la sécurité des soins (identifier et prévenir les pratiques à risque)
- Obj 3 : Renforcer la confiance des patients et clarifier l'offre de soin en distinguant les professionnels entre eux sur la base de critères objectifs
- Obj 4 : Disposer d'un levier supplémentaire pour répondre à des enjeux de santé publique
- Obj 5 : Améliorer l'efficacité du système de soins
- Objectif 6 : Autre objectif ?

Précisez :

(Classement part glisser-déplacer)

Ces objectifs peuvent être associés à divers résultats attendus. **Quelle est votre perception de ces résultats ?**

(question multiple - boutons radio à choix unique pour chaque ligne)

Merci de n'indiquer qu'au maximum 3 propositions comme prioritaires	J'y suis opposé	J'y suis défavorable (je ne trouve pas cela utile)	Je n'ai pas d'opinion sur la question	J'y suis favorable mais ce n'est pas prioritaire	J'y suis favorable et cela me semble prioritaire
Entretenir les compétences acquises en formation initiale					
Elargir l'accès des professionnels à la formation ou à l'évaluation des pratiques					
Accélérer l'application des résultats de la recherche et des progrès technologiques					
Favoriser l'adéquation de la formation des professionnels aux besoins et attentes de leurs patients					
Diminuer le nombre et la gravité des évènements indésirables					
Prévenir les risques majeurs de santé publique et maintenir les compétences socle de type premiers secours					
Identifier les professionnels en insuffisance professionnelle pour les re-former ou leur retirer le droit d'exercice					
Diminuer les pratiques des patients résultant d'un manque de confiance envers les professionnels <i>Info-bulle : ex: renoncement au soin, automédication, multi-consultations, report sur des médecines alternatives...</i>					

Merci de n'indiquer qu'au maximum 3 propositions comme prioritaires	J'y suis opposé	J'y suis défavorable (je ne trouve pas cela utile)	Je n'ai pas d'opinion sur la question	J'y suis favorable mais ce n'est pas prioritaire	J'y suis favorable et cela me semble prioritaire
Disposer de critères publics de comparaison ou de choix entre professionnels					
Contrebalancer par un label objectivé et reconnu la publication d'avis subjectifs, biaisés ou diffamatoires					
Disposer d'un levier pour diffuser et valoriser les bonnes pratiques					
Améliorer la santé et la qualité de vie au travail des professionnels de santé					

## Contenu et modalités

Les critères suivants sont ceux proposés par le comité de pilotage présidé par le Pr Uzan pour délivrer la recertification. Comment envisagez-vous l'application ?

- **La formation professionnelle continue**

---

Quels types d'actions de formation sont à prendre en compte ? (choix multiple)

- Les actions rentrant dans l'obligation de DPC
- Des actions de formation professionnelle hors DPC
- D'autres modalités d'entretien ou extension des compétences professionnelles (congrès, actions au sein des services, lecture des revues, participation à un registre...)

Comment en mesurer la réalisation ? (choix multiple)

- En nombre d'heures consacrées à des actions de formation
- Selon un barème de points ou de crédits pour chaque type d'action de formation
- autres

Précisez :

(champ libre)

A partir de quel seuil considère-t-on l'entretien des connaissances suffisant ?

- 3 actions par an
- 15 j par an
- 25 heures par an
- autres

Précisez :

(champ libre)

- **La preuve d'une « activité professionnelle maintenue »**
- 

Quelle définition donnez-vous de l'activité professionnelle maintenue ?

(champ libre)

Quelles activités constituent une activité professionnelle permettant le maintien des compétences et connaissances ?

- Le temps consacré à la pratique professionnelle au bénéfice de patients
- Le temps d'enseignement
- Les activités de recherche
- Les activités de management/gestion de la structure d'exercice
- Les activités de conseil ou de contrôle de la profession
- autres

Précisez :

(champ libre)

A quels niveaux ou seuils doit-on se référer pour considérer l'activité comme suffisante sur la période de recertification ?

- Un pourcentage minimum de l'activité moyenne des professionnels du même secteur
- L'absence d'interruptions d'exercice supérieures à un temps donné sur la période
- Une occurrence minimale de réalisation de certains actes particulièrement techniques et/ou emblématiques (socle de savoir-faire) de la spécialité
- autres

Précisez :

(champ libre)

• **Une démarche d'amélioration de la relation Professionnel-Patient**

---

Qu'est-ce que cela recouvre ?

- L'attention aux conditions matérielles d'accueil des patients (hygiène et sécurité des locaux, respect des horaires)
- Un effort d'information et d'écoute des patients
- La collecte d'un feedback des patients sur la qualité et la sécurité des soins reçus
- L'accompagnement du patient dans son environnement et ses besoins
- autres

Précisez :

(champ libre)

Comment le mesurer ?

- Une déclaration du professionnel concerné
- Une auto-évaluation par le professionnel
- La participation à des actions dédiées
- L'interrogation des patients sur leur perception de la relation
- autres

Précisez :

(champ libre)

• **Une démarche d'amélioration de la qualité de vie et de la santé du médecin**

---

Qu'est-ce que cela recouvre ?

- La santé physique et psychologique du professionnel
- Le contrôle de l'aptitude à administrer des soins
- autres

Précisez :

(champ libre)

Comment le mesurer ?

- Une attestation de suivi par un service de prévention et de santé au travail
- La réalisation d'une visite médicale régulière vérifiant l'aptitude à administrer des soins

- Une attestation de suivi par un confrère (pour les médecins)
- Une auto-évaluation par le professionnel
- autres

Précisez :

(champ libre)

---

- **L'absence de « signaux négatifs »**

Qu'est-ce qui constitue un "signal négatif" selon vous?

- Des événements indésirables graves liés à la pratique et aux soins
- L'existence de plaintes de patients
- Une suspension ou un licenciement pour insuffisance professionnelle (Hospitaliers)
- Des sanctions disciplinaires, ordinales ou des condamnations pénales relatives à l'activité professionnelle
- Certaines condamnations pénales relatives à des comportements privés incompatibles avec la déontologie d'un soignant
- Une décision de déconventionnement par l'assurance maladie
- autres

Précisez :

(champ libre)

Comment ces signaux doivent être pris en compte ?

- En tant que "malus" (déduction de crédits) résorbables par des actions "positives" réalisées par ailleurs (engagement dans une démarche d'accréditation, participation à un registre)
- En tant que "bonus" (points crédités) s'il n'existe aucun de ces "signaux négatifs"
- En tant que facteur d'exclusion (ne peuvent être "recertifiés" que les professionnels exempts de tout "signal négatif" ou en-deçà d'un seuil jugé acceptable).

S'il fallait fixer un seuil, à partir de quel niveau de récurrence ou de gravité considère-t-on les signaux négatifs trop importants ?

(Champ libre)

**Quelle est votre opinion sur ces critères ? Souhaitez-vous les compléter ?**

(Champ libre)

Les options suivantes constituent des modalités concrètes de mise en œuvre imaginables et parfois mises en pratique dans d'autres pays ou professions pour suivre, mesurer et certifier le maintien de la compétence des professionnels.

**Le système de mesure :**

(question multiple - boutons radio à choix unique pour chaque ligne)

Comment percevez-vous ces différentes modalités de recertification ?

	Adapté	Souhaitable mais difficilement acceptable	Inadapté
La capitalisation d'une quantité minimale de crédits ou points liés à des actions d'entretien ou de renouvellement des compétences par chaque professionnel sur une période donnée			
La détention par chaque professionnel d'un passeport ou portfolio ou de certificats se dévaluant au fil du temps en l'absence d'action d'entretien ou de renouvellement des compétences <i>Info-bulle : la certification est obtenue si suffisamment d'actions positives ou correctrices compensent la dévaluation des compétences détenues initialement.</i>			
La définition de seuils standards d'heures de formation, de nombre d'actes, de temps (en heures ou jours) d'activité, d'actions relatives à la relation patient ou à sa propre santé et d'un nombre maximum d'événements indésirables à réaliser sur la période <i>Info-bulle : la recertification est obtenue si les minima et maxima établis sont respectés.</i>			
La réalisation d'un bilan de compétences auprès d'un prestataire dédié ou d'un confrère expert ou d'un groupe de pairs			
La passation à la fin de chaque période d'une évaluation sous la forme d'un questionnaire auto-correctif repassable autant de fois que nécessaire pour obtenir un score attendu			
L'élaboration par chaque professionnel, avec l'assistance d'un confrère, d'un plan d'entretien des compétences individualisé adapté à sa patientèle <i>Info-bulle : seule l'existence du projet, le visa du confrère-référent et une déclaration sur l'honneur de sa mise en application seraient contrôlés.</i>			
L'élaboration par chaque professionnel d'une analyse des risques associés à sa pratique et d'un plan de prévention <i>Info-bulle : seule l'existence de la cartographie et du plan de prévention serait contrôlée.</i>			
La mise en place de visites ponctuelles de contrôle des pratiques sur un échantillon ciblé ou aléatoire			

La passation d'une évaluation auto-corrective relative à la relation patient			
La prise en compte d'avis patients objectivés (sondage aléatoire) ou à défaut, formation à la relation patient			
L'obligation de satisfaire à des RDV réguliers <b>Info-bulle : ex: visite d'aptitude médicale, participation à un groupe de co-developpement entre confrères...</b>			

**Les modes de collecte des données nécessaires :**

(question multiple - boutons radio à choix unique pour chaque ligne)

Le comité Uzan prévoyait la collecte et le suivi automatisé, via des systèmes d'informations ne nécessitant pas de saisies supplémentaires à la source, de données sur l'activité, la formation, ou les évènements indésirables concernant chaque professionnel (consentement des intéressés indispensable selon RGPD).

**Au cas où certaines informations nécessaires à la mise en œuvre des critères imaginés par le comité Uzan ne pourraient s'appuyer sur aucune donnée récupérable automatiquement à l'heure actuelle, comment générer et collecter ces informations ?**

- via l'enregistrement par le professionnel des justificatifs des actions suivies sur un portail dédié (comparable au document de traçabilité mis en place par l'ANDPC pour déclarer les actions de DPC)
- via une déclaration sur l'honneur du professionnel sur un portail dédié assortie de contrôles aléatoires
- via une obligation pour les organisateurs d'actions entrant dans le cadre de la recertification de communiquer la liste des professionnels ayant participé aux actions qu'ils organisent
- via une obligation pour les employeurs de rendre compte des actions entrant dans le cadre de la recertification suivies par leurs salariés
- via l'émission par les Conseils nationaux professionnels de chaque spécialité d'attestations de satisfaction d'un ou plusieurs critère(s) pour chaque professionnel qui en fait la demande, à charge pour eux de vérifier la véracité et la pertinence des actions réalisées
- autres

Précisez :

(champ libre)

**Les modalités de communication du résultat**

(question multiple - boutons radio à choix unique pour chaque ligne)

Quelles modalités de communication vous semblent le plus susceptibles de favoriser l'attractivité et l'utilité du dispositif ?

- L'édition d'un certificat affichable au sein du cabinet
- La publication des noms et coordonnées des professionnels certifiés sur un site public

- La publication d'un score de recertification global ou indiquant pour chaque dimension de la recertification si les exigences sont satisfaites (laisse la possibilité de valoriser ce qui a été fait même si on ne satisfait à l'ensemble des critères)
- Autres

Précisez:

**Quelles peuvent être les conséquences de la non-recertification si celle-ci est obligatoire ? (Cases à cocher choix multiple)**

- Suivi par un confrère expert chargé de définir un plan d'actions
- Suspension le temps de suivre un parcours de reformation obligatoire
- Ouverture d'une procédure d'insuffisance professionnelle ou de retrait de l'autorisation d'exercice en cas de non-participation ou en cas de pratiques pouvant mettre en danger la santé des patients
- Autres

Précisez

**Dans les cas où la recertification repose sur le volontariat, quels éléments semblent les plus susceptibles de motiver ? (Cases à cocher choix multiple)**

- L'automatisme du processus (très peu ou pas de "temps administratif" supplémentaire)
- L'indemnisation du manque à gagner en temps de travail pour les professionnels libéraux et les employeurs
- La publicité des résultats sur un site public
- L'édition d'un document ou d'une attestation officielle, qui pourra être utilisée par le praticien pour mettre en avant sa recertification périodique
- L'existence de conséquences "positives" sur le parcours professionnel (condition d'un avancement ou de l'accès à certaines responsabilités)
- L'accès à un secteur conventionnel ou un contrat particulier (ex: accès à l'OPTAM pour les médecins exerçant en secteur 1)
- Un impact sur la rémunération (prime à la performance pour les salariés et hospitaliers, prise en compte dans la Rémunération sur Objectif de Santé Publique pour les libéraux)
- La baisse du coût ou la prise en charge partielle de l'assurance de responsabilité civile professionnelle
- Un crédit d'impôt pour les professionnels de santé libéraux ou les employeurs de salariés.
- La négociation de tarifs privilégiés d'assurance responsabilité civile professionnelle

## Périmètre et gouvernance

S'agissant des professionnels concernés par l'obligation de recertification, le rapport du comité Uzan ne concernait que les médecins et prévoyait une application « en flux » aux promotions de médecins certifiés à l'issue de la réforme en cours du 3<sup>ème</sup> cycle. Différentes options sont envisageables pour le dispositif cible élargi à six autres professions.

**Quelle hypothèse vous semble la plus pertinente dans un premier temps et/ou à terme ? (choix unique)**

- H1 : obligation seulement pour les nouveaux diplômés, rattachement facultatif (volontariat) pour les autres
- H2.1 : obligation pour tous les professionnels sous le même délai
- H2.2 : obligation pour tous les professionnels progressivement, avec des délais différenciés pour y souscrire
- H2.3 : à des niveaux d'exigence ou de contenu différenciés
- H3.1 : obligation seulement pour les nouveaux diplômés + des professionnels ayant fait l'objet d'un signal négatif (ex: procédure pour insuffisance professionnelle) , rattachement facultatif (volontariat) pour les autres
- H3.2 : obligation seulement pour les nouveaux diplômés + des professionnels ayant méconnu leur obligation de DPC, rattachement facultatif (volontariat) pour les autres
- H4 : autres

Précisez en expliquant sa justification :

(Champ libre)

**Quelle hypothèse vous semble la plus pertinente dans un premier temps et/ou à terme ? (choix unique)**

- seulement ceux qui exercent directement une activité clinique, soignante analytique ou thérapeutique
- tous ceux inscrits à l'ordre de leur profession
- tous ceux soumis à l'obligation de DPC
- tout diplômé d'Etat devant se prévaloir de son diplôme pour exercer son activité

Sur la question de la gouvernance, le rapport du comité Uzan proposait l'implication des institutions ou organismes concernés, et la création d'instances nouvelles.

A votre avis, quelles sont celles ou ceux qui doivent piloter ou contribuer (indiquer « P » ou « C » dans les cases du tableau ci-dessous) aux différentes fonctions suivantes : (question multiple à choix multiple)

	<i>Pilotage stratégique</i>	<i>Elaboration des référentiels</i>	Validation des référentiels	<i>Collecte / consolidation des informations</i>	Suivi et validation de l'obligation	Accompagnement et sanction du non-respect de l'obligation
Etat	<input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> C					
Fédération des spécialités médicales et/ou Conseils nationaux professionnels	<input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> C					
Haute autorité de santé	<input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> C					
Agence nationale du DPC	<input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> C					
Ordres professionnels	<input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> C					
Structure ad hoc à créer	<input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> C					
Assurance maladie	<input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> C					
Centre national de gestion	<input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> C					
Organisations syndicales et professionnelles (de libéraux ou salariés...)	<input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> C					
Employeurs	<input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> C					
Associations de patients	<input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> C					
Organismes de formation	<input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> C					
OPCO (y.c. ANFH)	<input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> C					

Estimant qu'une recertification de qualité aurait un coût, le comité Uzan envisageait un financement "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)."

**Dans une approche large incluant, non seulement l'augmentation du nombre des actions à conduire ou des professionnels y émergeant, mais également les coûts de déploiement et de gestion, quel principe de financement vous semble préférable ?**

(choix unique) :

- Un financement public exclusif ou majoritaire pour les actions de recertification, assorti d'une politique d'agrément et de contrôles par une (ou des) autorité(s) publique(s) ;
- Des financements publics pour les seules actions de recertification agréées et relevant de priorités nationales, et des financements privés mutualisés (OPCO, employeur) ou individuels pour les autres actions ;
- Des financements privés (mutualisés ou individuels) pour toutes les actions, avec des aides ou remboursements publics compensant une partie des coûts.

**Quels sont les financeurs et les ressources nouvelles qui pourraient être mobilisés en fonction de leur mission ou objectifs propres ?**

(plusieurs réponses possibles) :

- L'Etat ou de l'assurance maladie, par une hausse des contributions aux acteurs institutionnels actuels (ANDPC, HAS ...)
- Les employeurs, par une contribution plus importante au financement des actions (paiement direct et/ou via les cotisations aux organismes de compétence)
- Les Ordres professionnels via l'affectation à la recertification d'une fraction des cotisations ou d'une surcotisation
- Les conseils et associations professionnelles (CNP, Sociétés savantes, associations) via les cotisations reçues ou subventions reçues
- Les professionnels libéraux (en direct paiement ou via les cotisations aux fonds de formation), le cas échéant avec des avantages (baisse des primes de RCP, avantages fiscaux)
- Les opérateurs de compétence et fonds de formation mutualisés via le fléchage de financements vers la recertification
- Les assureurs (baisse des primes de responsabilité civile professionnelle, contribution des complémentaires santé)
- Autres

Précisez :

(champ libre)

**Autres opinions**

## ANNEXE 10 : Synthèse des réponses au questionnaire (hors CNP)

### Résultat de la campagne d'enquête – institutions et parties prenantes hors CNP

- Invitations envoyées : 87
- Réponses validées : **28** (32,1 %)
- Réponses partielles : **19** (21,8 %)
- Non ouverts : **40** (46 %)

### PROFIL DES REpondANTS (réponses validées)

#### Nature du répondant

Libellés	Nombre de réponses	Pourcentages
Sans réponses	1	3,6 %
Institution ou organisme prenant part au dispositif	5	17,9%
Représentant syndical ou associatif des professionnels en activité	13	46,4%
Représentant syndical ou associatif des futurs professionnels en formation initiale	1	3,6 %
Professionnel en activité	5	17,9 %
Futur professionnel en formation initiale	1	3,6 %
Employeur d'une ou plusieurs professions concernées par le dispositif	1	3,6 %
Autres (médecin à la retraite)	1	3,6 %

#### Profession(s) concernée(s) par les réponses

Libellés	Nombre de réponses	Pourcentages
Sans réponses	0	0 %
médecin	11	39,3 %
chirurgien-dentiste	2	7,1 %
sage-femme	4	14,3 %

pharmacien	7		25 %
infirmier	1		3,6 %
masseur-kinésithérapeute	3		10,7 %
pédicure-podologue	3		10,7 %
autre	3		10,7 %

### Type d'activité concernée par les réponses

Libellés	Nombre de réponses	Pourcentages
Sans réponses	1	3,6 %
libérale	21	75 %
salariée du secteur public	18	64,3 %
salariée du secteur privé commercial	8	28,6 %
salarié du secteur privé non lucratif	10	35,7 %

### Secteur d'activité concerné par les réponses

Libellés	Nombre de réponses	Pourcentages
Sans réponses	1	3,6 %
sanitaire	24	85,7 %
médico-social	4	14,3 %
social	1	3,6 %
autre	2	7,1 %

## 1. ATTENTES A L'EGARD DE LA REFORME

### 1.1. Qu'est-ce qui, selon vous rend aujourd'hui opportune ou nécessaire la mise en place d'un système de recertification des professionnels de santé en France ?

Une majorité de répondants adhère au principe de la mise en place d'une démarche de recertification des professionnels de santé.

C'est particulièrement le cas des institutions et des ordres professionnels, mais aussi de syndicats de professionnels libéraux ou salariés.

Les motifs les plus souvent mis en avant sont « *l'évolution des compétences (...) très rapide* »,

Une des conférences des directeurs généraux d'établissements publics de santé estime par ailleurs que la recertification pourrait remédier au « *manque de clarté du dispositif de DPC qui peine à être suivi par les professionnels médicaux au regard de la complexité du dispositif et la non-reconnaissance de formations néanmoins utiles* » et permettre de prendre en compte la « *situation de certains praticiens qui nécessitent une remise à niveau* ».

Cette remédiation aux difficultés en matière d'accès au DPC est mise en avant par une des conférences de présidents de CME hospitalière qui cite « *la complexité et la non lisibilité du DPC* ».

Un syndicat de praticiens hospitaliers estime qu'une telle démarche pourrait donner « *La garantie d'une prise en charge conforme aux bonnes pratiques pour les usagers mais également pour le système de soin* » et « *accompagner le praticien dans ses carences ou faiblesses pour que sa pratique quotidienne reste au niveau requis* ».

D'autres répondants n'ont pas de réserves de fond sur le principe, mais sont plus réservés quant à l'utilité ou l'opportunité de la mettre en place en 2021, dans le contexte où la crise sanitaire mobilise les professionnels et les préoccupations de leurs représentants. Ainsi le Collège de la médecine générale juge que « *L'épidémie de covid rend probablement nécessaire de reporter une nouvelle fois; il est très difficile de mobiliser les membres (...) sur les actions courantes, la covid prend beaucoup d'énergie, ajouter un dossier innovant dès 2021 fait que nous avons des difficultés à mobiliser les personnes compétentes pour y travailler* ».

Un syndicat de pharmaciens d'officine note aussi que « *la recertification n'est pas opportune dans le contexte actuel, car les pharmaciens sont focalisés sur la gestion de la crise sanitaire* ».

La vision la plus négative ou la plus réservée vient de certains représentants des professionnels libéraux ou des médecins généralistes ayant répondu au questionnaire.

Un syndicat de médecins libéraux juge ainsi qu'il y a une « *absence de nécessité* » d'avancer à court terme », mais aussi « *l'intérêt de susciter l'adhésion sur la base du volontariat du caractère non sanctionnant et de l'accompagner d'une valorisation* ».

La Conférence Nationale des Unions Régionales des Professionnels de Santé des Médecins Libéraux est la plus négative, estime qu'il n'y a « *aucun intérêt de cette réforme* », les pouvoirs publics devant « *plutôt aider les personnels de santé dans leurs activités plutôt que les contraindre avec des normes* ».

### 1.2. Qu'attendez-vous d'un tel dispositif ?

Les attentes exprimées sont majoritairement positives quant à l'apport potentiel de la recertification en termes de qualité des soins, de garantie de la réalité du maintien des compétences, connaissances et pratiques professionnelles par un suivi régulier et évaluatif. Mais les réponses traduisent

également une exigence de faire sens par rapport aux professionnels, de la simplicité et de « non-lourdeur » du dispositif (« *simplicité, efficacité, équité* »).

La réponse suivante de la conférence de directeurs généraux de CHU résume bien ces points : « *Qu'il soit suffisamment clair pour permettre l'adhésion et la compréhension des professionnels et qu'il soit suffisamment pertinent pour donner du sens à ce qui apparaîtra comme une énième réforme de la formation médicale continue* ».

Plusieurs répondants insistent sur la dimension d'accompagnement des professionnels dans cet effort de maintien, en estimant que la dimension contraignante ou de sanctions ne doit pas être l'unique levier. La dimension incitative est souvent mise en avant.

Une des conférences de présidents de CME du secteur public considère les possibles évolutions tout au long des carrières professionnelles et estime que la recertification peut « *offrir un réel continuum entre formation initiale et formation tout au long de la vie et permettre des réajustements ou des changements de carrière* ».

Plusieurs répondants attendent également du dispositif qu'il soit l'occasion d'une réforme du DPC, qu'ils estiment actuellement trop fermé.

Certaines professions en attendent une meilleure reconnaissance, comme les sages-femmes.

Deux répondants en ont une vision plus négative, craignant tous deux « *trop de complications* ».

### **1-3 Aviez-vous connaissance des propositions formulées par le rapport de 2018 du comité de pilotage présidé par le Pr Uzan (ne traitant à l'époque que des médecins) et des dispositions de l'article 5 de la loi du 24 juillet 2019 ?**

72 % des répondants avaient connaissance des propositions formulées par le rapport 2018 du comité de pilotage présidé par le Pr Uzan.

### **1.4 Avez-vous, ou un autre représentant de votre organisation, été associé à ce comité de pilotage, ou auditionné par ce dernier, ou invité à adresser une contribution ?**

35 % des répondants avaient été associés ou ont contribué à ces travaux, 61 % ne l'ont pas été.

### **1.5 Le nom du dispositif : "Certification et valorisation périodique du parcours professionnel des médecins" (CVP)**

Le nom proposé pour le dispositif convient à 43 % des répondants, contre 54% qui en préféreraient un autre.

### **1.6 La périodicité de la recertification : tous les 6 ans, soit 2 exercices triennaux de DPC**

La périodicité tous les 6 ans conviendrait à 75 % des répondants, et ne conviendrait pas à 21,4 %. Parmi ces derniers, une majorité préconise un rythme quinquennal, un répondant un rythme du 9 années.

### 1.7 Classez les objectifs suivants par ordre de priorité

Les répondants placent nettement en tête les questions de l'amélioration la sécurité des soins et de l'amélioration de la qualité des soins comme objectifs prioritaires de la recertification.

Viennent ensuite à quai égalité le fait de disposer d'un levier supplémentaire pour répondre à des enjeux de santé publique et de renforcer la confiance des patients et clarifier l'offre de soin en distinguant les professionnels entre eux sur la base de critères objectifs.

Libellés	
Améliorer la sécurité des soins (identifier et prévenir les pratiques à risque)	104
Améliorer la qualité des soins (renforcer l'obligation de DPC et l'appropriation de bonnes pratiques professionnelles)	104
Disposer d'un levier supplémentaire pour répondre à des enjeux de santé publique	74
Renforcer la confiance des patients et clarifier l'offre de soin en distinguant les professionnels entre eux sur la base de critères objectifs	71
Améliorer la performance des soins	57
Autre objectif ?	37

#### Classement des résultats attendus et de leur ordre de priorité.

S'agissant des résultats attendus, quatre résultats recueillent plus de 12 opinions favorables et sont considérés comme prioritaires (par ordre de préférence des répondants) :

- Entretenir les compétences acquises en formation initiale
- Elargir l'accès des professionnels à la formation ou à l'évaluation des pratiques
- Diminuer le nombre et la gravité des évènements indésirables
- Améliorer la santé et la qualité de vie au travail des professionnels de santé

Les Ordres et les syndicats de professionnels plébiscitent particulièrement ces quatre points.

Les répondants positionnent également assez haut les résultats attendus suivants, en les considérant le plus souvent comme moins prioritaires.

- Disposer d'un levier pour diffuser et valoriser les bonnes pratiques
- Accélérer l'application des résultats de la recherche et des progrès technologiques
- Favoriser l'adéquation de la formation des professionnels aux besoins et attentes de leurs patients
- Prévenir les risques majeurs de santé publique et maintenir les compétences socle de type premiers secours

Les résultats attendus suivant sont un peu moins cités et moins prioritaires :

- Identifier les professionnels en insuffisance professionnelle pour les re-former ou leur retirer le droit d'exercice

- Contrebalancer par un label objectivé et reconnu la publication d'avis subjectifs, biaisés ou diffamatoires (avec néanmoins 5 répondants défavorables ou opposés)

En revanche, le résultat « Disposer de critères publics de comparaison ou de choix entre professionnels » ne suscite pas l'adhésion, 14 répondants y étant même défavorables ou opposés.

## 2. CONTENU ET MODALITES

### 2.1 Quels types d'actions de formation sont à prendre en compte ?

Les répondants se positionnent nettement sur cette question et souscrivent aux trois types d'actions proposées, confirmant une attente d'ouverture sur d'autres types d'action que celles comptabilisées actuellement au titre de l'obligation de DPC, qu'ils jugent toutefois devoir nécessairement être prises en compte.

Libellés	Nombre de réponses	Pourcentages
Sans réponses	0	0 %
Les actions rentrant dans l'obligation de DPC	27	96,4 %
Des actions de formation professionnelle hors DPC	25	89,3 %
D'autres modalités d'entretien ou extension des compétences professionnelles (congrès, actions au sein des services, lecture des revues, participation à un registre...)	27	96,4 %

### 2.2. Comment en mesurer la réalisation ?

Un barème de points ou de crédits conviendrait le mieux à une forte majorité de 71 % des répondants, 29 % préférant un décompte en nombre d'heures consacrées à des actions de formation. Un répondant estime que la recertification doit être l'« association de différentes "briques" : cognitives, pédagogiques, simulation, congrès, groupe de pairs, certification ou labellisation... ».

### 2.3. A partir de quel seuil considère-t-on l'entretien des connaissances suffisant ?

Parmi les modalités suggérées, c'est la réalisation de 3 actions par an qui arrive en première position, mais 47 % préconisent un choix autre :

- d'autres seuils, celui de 40 heures / an (« moyenne européenne ») ou d'une action / an revenant le plus souvent ;
- une pondération des actions en fonction de crédits, définie le cas échéant par le CNP de spécialité, pour prendre en compte leur nature.

Libellés	Nombre de réponses	Pourcentages
Sans réponses	0	0 %
3 actions par an	8	28,6 %
15j par an	2	7,1 %
25 heures par an	5	17,9 %
Autres	13	46,4 %

#### 2.4. Quelle définition donnez-vous de l'activité professionnelle maintenue ?

82 % des répondants ont répondu à cette question ouverte, avec des approches différenciées :

- Plusieurs répondants évoquent l'idée d'un seuil en temps d'activité professionnelle moyen exprimé en demi-journées ou en nombre d'heures par semaine (de 3 à 4 demi-journées ou 17h à 20h par semaine) ;
- D'autres répondants avancent une définition prenant en compte le maintien de la pratique et l'inscription au tableau de l'ordre, dès lors que le professionnel souscrit à ses obligations de maintien des connaissances et compétences (DPC et hors DPC) ;
- D'autres enfin voient plutôt la prise en compte la non-interruption plus ou moins longues de l'exercice professionnel (5 ans par exemple).

#### 2.5. Quelles activités constituent une activité professionnelle permettant le maintien des compétences et connaissances ?

Les répondants ont considéré que les activités professionnelles (hors formation) permettant le maintien des connaissances et des compétences étaient majoritairement la pratique professionnelle au bénéfice des patients (93 %), l'enseignement et la recherche (82 % et 75 %), les activités de conseil et de contrôle et de management de structure arrivant plus bas (61 % et 54 %).

**Les répondants ayant renseigné la case « autres » citent majoritairement :**

- L'activité de formateur
- Celle de maître de stage
- La participation à une démarche qualité itérative, les groupes de pairs
- L'activité de représentation de la profession ou syndicale

Libellés	Nombre de réponses	Pourcentages
Sans réponses	0	0 %
Le temps consacré à la pratique professionnelle au bénéfice de patients	26	92,9 %
Le temps d'enseignement	23	82,1 %
Les activités de recherche	21	75 %

Les activités de management/gestion de la structure d'exercice	15	53,6 %
Les activités de conseil ou de contrôle de la profession	17	60,7 %
Autres	10	35,7 %

## 2.6. A quels niveaux ou seuils doit-on se référer pour considérer l'activité comme suffisante ?

Pour 57 % des répondants, la préférence parmi les choix proposés penche pour une occurrence minimale de réalisation de certains actes particulièrement techniques et/ou emblématiques (socle de savoir-faire) de la spécialité, 39,3 % préférant soit un pourcentage minimum de l'activité moyenne des professionnels du même secteur, soit l'absence d'interruptions d'exercice supérieures à un temps donné sur la période.

Parmi les autres suggestions proposées en case « autres », on trouve :

- L'absence d'interruption continue de plus de 3 ou 5 ans
- Un panachage des trois choix proposés dans le questionnaire

## 2.7. Une démarche d'amélioration de la relation professionnel-patient - Qu'est-ce que cela recouvre ?

Les répondants ont une vision large de cette démarche, les quatre réponses proposées réunissant au moins 60 % de réponses favorables.

Libellés	Nombre de réponses	Pourcentages
Sans réponses	2	7,1 %
L'attention aux conditions matérielles d'accueil des patients (hygiène et sécurité des locaux, respect des horaires)	17	60,7 %
Un effort d'information et d'écoute des patients	25	89,3 %
La collecte d'un feedback des patients sur la qualité et la sécurité des soins reçus	18	64,3 %
L'accompagnement des patients dans son environnement et ses besoins	19	67,9 %
Autres	5	17,9 %

Une des réponses libres à la case « autres » synthétise bien l'ensemble de ces éléments : « Une formation à la relation, aux principes des entretiens motivationnels et à l'intervention brève, une réflexion éthique en commun, autrement dit un socle minimum de formation avec mise en pratique initiale et continue. » Sont cités également la tenue d'un dossier patient avec traçabilité des actions

effectuées mise à jour régulièrement, et la mise en place d'actes de pharmacie clinique (conciliation, ETP...) par les pharmaciens de PUI.

## 2.8. Comment le mesurer ?

La modalité de mesure la plus retenue par les répondants est l'auto-évaluation par le professionnel (82 %), l'interrogation des patients sur leur perception de la relation (60 %), la participation à des actions dédiées (50 %) et une déclaration du professionnel concerné (21 %).

Dans les suggestions en autres sont cités les Patient-reported outcomes measures (PROM), mais il faut également signaler que des répondants insistent sur le fait que si les professionnels étaient plus protégés dans leur temps ou leurs conditions de travail, la qualité de relation avec le patient s'en trouverait immédiatement améliorée.

## 2.9. Une démarche d'amélioration de la qualité de vie et de la santé du médecin - Qu'est-ce que cela recouvre ?

Pour 79 % des répondants, cet item recouvre les questions de santé physique et psychologique du professionnel, et pour 46 % le contrôle de l'aptitude à administrer des soins.

## 2.10. Comment le mesurer ?

Les réponses à cette question sont dispersées entre les différentes propositions, et l'autoévaluation par les professionnels eux-mêmes arrivant en première position.

Libellés	Nombre de réponses	Pourcent ages
Sans réponses	1	3,6 %
Une attestation de suivi par un service de prévention et de santé au travail	9	32,1 %
La réalisation d'une visite médicale régulière vérifiant l'aptitude à administrer des soins	13	46,4 %
Une attestation de suivi par un confrère (pour les médecins)	4	14,3 %
Une auto-évaluation par le professionnel	15	53,6 %
Autres	7	25 %

Parmi les réponses « autres », on note les idées suivantes :

- un repérage à l'entrée des études des personnes en fragilité ou souffrance psychologique ou psychiatrique ;
- la participation à des évaluations d'équipe ;
- la réalisation d'une visite médicale régulière de type médecine du travail vérifiant l'aptitude à administrer des soins.

### 2.11. Qu'est-ce qui constitue un "signal négatif" selon vous?

Les répondants positionnent aux premières places les signaux liés à des sanctions pénales ou à des sanctions ordinales ou disciplinaires pour les salariées déjà prononcées. Toutefois, on note que les signaux de type événements indésirables graves liés à la pratique et aux soins et l'existence de plaintes de patients sont cités respectivement par 78,6 % et 67,9 % des répondants.

### 2.12. Comment ces signaux doivent être pris en compte ?

S'agissant de la prise en compte des signaux négatifs, aucune option ne se détache vraiment, seule la notion de bonus en cas d'absence de tels signaux dépassant les 50 % de suffrages.

Libellés	Nombre de réponses	Pourcentages
Sans réponses	3	10,7 %
En tant que "malus" (déduction de crédits) résorbables par des actions "positives" réalisées par ailleurs (engagement dans une démarche d'accréditation, participation à un registre)	11	39,3 %
En tant que "bonus" (points crédités) s'il n'existe aucun de ces "signaux négatifs"	16	57,1 %
En tant que facteur d'exclusion (ne peuvent être "recertifiés" que les professionnels exempts de tout "signal négatif" ou en-deçà d'un seuil jugé acceptable).	9	32,1 %

### 2.13. S'il fallait fixer un seuil, à partir de quel niveau de récurrence ou de gravité considèreriez-vous les signaux négatifs trop importants ?

Les réponses à cette question libre sont diverses, mais deux idées se détachent :

- ne pas faire jouer à la recertification un rôle concurrent aux procédures disciplinaires ou pénales (elle peut toutefois les prendre en compte en cas de sanction prononcée) ;
- une attention néanmoins aux signaux négatifs avant même leur éventuelle sanction, dès le ou les premiers signaux, avec accompagnement dans un premier temps.

### 2.14. Quelle est votre opinion sur l'ensemble de ces critères ? En voyez-vous d'autres ?

Plusieurs répondants jugent les critères exposés en 2.13 pertinents, d'autres insistant sur le bon niveau de prise en compte des signaux négatifs non jugés : « *Une prévention collective par la mise en place d'une obligation à des réunions d'EPP, de formation ou de DPC de proximité: le regard des pairs dans une relation d'échange a souvent plus de valeur* ».

### 2.15. Comment percevez-vous ces différentes modalités de recertification ?

Pour cette question sur les préférences entre différentes modalités de recertification, qui n'étaient pas incompatibles entre elles, les répondants ont placé aux trois premières places les suivantes :

- la détention par chaque professionnel d'un portfolio de compétences doté d'un nombre de points et se dévaluant au fil du temps en l'absence d'actions de renouvellement ou d'entretien des compétences est souhaitée ;
- l'élaboration par chaque professionnel d'une analyse des risques associés à sa pratique ;
- La définition de seuils standards d'heures de formation, de nombre d'actes, de temps (en heures ou jours) d'activité, d'actions relatives à la relation patient ou à sa propre santé et d'un nombre maximum d'événements indésirables à réaliser sur la période.

Arrive nettement derrière ces trois modalités celle de la passation à la fin de chaque période d'une évaluation sous la forme d'un questionnaire auto-correctif repassable autant de fois que nécessaire pour obtenir le score attendu (39 % la juge adaptée, 39 % inadaptée).

Les autres modalités, quand elles passent notamment par des visites ou des rendez-vous réguliers avec des confrères s'attirent une majorité d'avis négatifs.

**2.16. Au cas où certaines informations nécessaires à la mise en œuvre des critères imaginés par le comité Uzan ne pourraient s'appuyer sur aucune donnée récupérable automatiquement à l'heure actuelle, comment générer et collecter ces informations ?**

La modalité qui se détache consiste à l'enregistrement de justificatif sur un portail dédié.

Libellés	Nombre de réponses	Pourcentages
Sans réponses	1	3,6 %
via l'enregistrement par le professionnel des justificatifs des actions suivies sur un portail dédié (comparable au document de traçabilité mis en place par l'ANDPC pour déclarer les actions de DPC)	21	75 %
via une déclaration sur l'honneur du professionnel sur un portail dédié assortie de contrôles aléatoires	10	35,7 %
via une obligation pour les organisateurs d'actions entrant dans le cadre de la recertification de communiquer la liste des professionnels ayant participé aux actions qu'ils organisent	13	46,4 %
via une obligation pour les employeurs de rendre compte des actions entrant dans le cadre de la recertification suivies par leurs salariés	12	42,9 %
via l'émission par les Conseils nationaux professionnels de chaque spécialité d'attestations de satisfaction d'un ou plusieurs critère(s) pour chaque professionnel qui en fait la demande, à charge pour eux de vérifier la véracité et la pertinence des actions réalisées	10	35,7 %
Autres	4	14,3 %

### 2.17. Quelles modalités de communication vous semblent le plus susceptibles de favoriser l'attractivité et l'utilité du dispositif ?

Les deux options les plus citées sont l'édition d'un certificat affichable au sein des cabinets et la publication d'une liste des professionnels certifiés.

Libellés	Nombre de réponses	Pourcentages
Sans réponses	2	7,1 %
L'édition d'un certificat affichable au sein du cabinet	20	71,4 %
La publication des noms et coordonnées des professionnels certifiés sur un site public	12	42,9 %
La publication d'un score de recertification global ou indiquant pour chaque dimension de la recertification si les exigences sont satisfaites (laisse la possibilité de valoriser ce qui a été fait même si on ne satisfait à l'ensemble des critères)	8	28,6 %
Autres	5	17,9 %

### 2.18. Quelles peuvent être les conséquences de la non recertification ?

Les deux options les plus retenues par les répondants sont le suivi par un confrère expert chargé de définir un plan d'actions et la suspension le temps de suivre un parcours de reformation obligatoire.

Libellés	Nombre de réponses	Pourcentages
Sans réponses	1	3,6 %
Suivi par un confrère expert chargé de définir un plan d'actions	15	53,6 %
Suspension le temps de suivre un parcours de reformation obligatoire	12	42,9 %
Procédure d'insuffisance professionnelle/retrait de l'autorisation d'exercice en cas de non-participation ou en cas de pratiques pouvant mettre en danger la santé des patients	4	14,3 %
Autres	8	28,6 %

### 2.19. Dans les cas où la recertification repose sur le volontariat, quels éléments semblent le plus susceptibles de motiver ?

L'édition d'un document ou d'une attestation officielle pouvant être utilisée par le praticien pour mettre en avant sa recertification périodique et l'indemnisation du manque à gagner en temps de travail sont les deux motivations les plus citées pour encourager le volontariat. L'automatisme du processus et

S'agissant des incitations financières figurent en bonne position la baisse du coût ou la prise en charge partielle de l'assurance de responsabilité civile professionnelle.

L'existence de conséquences positives sur le parcours professionnel ou l'accès à des responsabilités est également souvent citée. La publicité des résultats sur un site public est moins mise en avant.

Libellés	Nombre de réponses	Pourcentages
Sans réponses	2	7,1 %
L'automatisme du processus (très peu ou pas de "temps administratif" supplémentaires)	17	60,7 %
L'indemnisation du manque à gagner en temps de travail pour les professionnels libéraux et les employeurs	18	64,3 %
La publicité des résultats sur un site public	10	35,7 %
L'édition d'un document ou d'une attestation officielle, qui pourra être utilisée par le praticien pour mettre en avant sa recertification périodique	20	71,4 %
L'existence de conséquences "positives" sur le parcours professionnel (condition d'un avancement ou de l'accès à certaines responsabilités)	12	42,9 %
L'accès à un secteur conventionnel ou un contrat particulier (ex: accès à l'OPTAM pour les médecins exerçant en secteur 1)	9	32,1 %
Un impact sur la rémunération (prime à la performance pour les salariés et hospitaliers, prise en compte dans la Rémunération sur Objectif de Santé Publique pour les libéraux)	12	42,9 %
La baisse du coût ou la prise en charge partielle de l'assurance de responsabilité civile professionnelle	12	42,9 %
Un crédit d'impôt pour les professionnels de santé libéraux ou les employeurs de salariés.	11	39,3 %
La négociation de tarifs privilégiés d'assurance responsabilité civile professionnelle	14	50 %

### 3. PERIMETRE ET GOUVERNANCE

#### 3.1 Quelle hypothèse [pour les professionnels concernés dans un premier temps par l'obligation de recertification] vous semble la plus pertinente dans un premier temps et/ou à terme ?

L'option la plus souscrite est une obligation pour tous les professionnels mise en œuvre progressivement, avec des délais différenciés pour y souscrire ou, pour moins de répondants, dans le même délai ou des conditions aménagées.

Libellés	Nombre de réponses	Pourcentages
Sans réponses	2	7,1 %
obligation seulement pour les nouveaux diplômés, rattachement facultatif (volontariat) pour les autres	1	3,6 %
obligation pour tous les professionnels sous le même délai	5	17,9 %
obligation pour tous les professionnels progressivement, avec des délais différenciés pour y souscrire	8	28,6 %
obligation pour les professionnels à des niveaux d'exigence ou de contenu différenciés	2	7,1 %
obligation seulement pour les nouveaux diplômés + des professionnels ayant fait l'objet d'un signal négatif (ex: procédure pour insuffisance professionnelle) , rattachement facultatif (volontariat) pour les autres	3	10,7 %
obligation seulement pour les nouveaux diplômés + des professionnels ayant méconnu leur obligation de DPC, rattachement facultatif (volontariat) pour les autres	4	14,3 %
Autres	3	10,7 %

### 3.2. Quelle hypothèse [pour définir quels sont les professionnels exerçant effectivement leur professions ou spécialité] vous semble la plus pertinente dans un premier temps et/ou à terme ?

Une majorité de répondants sont pour acception large des professionnels devant entrer dans le champ de la recertification : tous ceux qui se prévalent de leur diplôme pour exercer leur activité ou, avec moins de suffrages, tous ceux inscrits au tableau ordinal ou soumis l'obligation de DPC.

Libellés	Nombre de réponses	Pourcent ages
Sans réponses	1	3,6 %
seulement ceux qui exercent directement une activité clinique, soignante analytique ou thérapeutique	5	17,9 %
tous ceux inscrits à l'ordre de leur profession	6	21,4 %
tous ceux soumis à l'obligation de DPC	6	21,4 %
tout diplômé d'Etat devant se prévaloir de son diplôme pour exercer son activité	10	35,7 %

### 3.3 Sur la question de la gouvernance, le rapport du comité Uzan proposait l'implication des institutions ou organismes concernés et la création d'instances nouvelles. A votre avis, quels sont celles ou ceux qui doivent piloter ou contribuer ?

Sur cette question, où des choix multiples voire concurrents (comme désigner plusieurs institutions pilotes d'une même mission) pouvaient être retenus les répondants ont joué le jeu en désignant souvent des pilotes uniques, mais de plus nombreux contributeurs à chacune des missions.

Le tableau-ci-dessous donne une synthèse des suffrages qui est intéressante non seulement sur les préférences exprimées en termes de pilotage, mais aussi le grand nombre de contributeurs que les répondants pensent devoir être sollicités pour faire fonctionner la recertification.

Sur l'on résume l'ordre des choix :

Pilotage : Etat pilote à 50 %, sinon la FSM (39,3 %) ou les Ordres professionnels (35,7 %). La HAS est le contributeur le plus souvent cité (42,9 %).

Elaborations des référentiels : les CNP pilotes à 75 %, sinon la HAS à 32 %. La HAS est le contributeur le plus souvent cité (53,6 %)

Validation des référentiels : partage des voix pour le pilotage entre les CNP et la HAS. Les premiers contributeurs cités pour leur validation sont les ordres professionnels.

Collecte et consolidation des données : pour le pilote, les ordres professionnels arrivent en tête (35,7 %), puis l'ANDPC (32,1 %) ordres de contrôler et sanctionner (positivement ou négativement) les démarches de recertification. Comme contributeurs sont le plus souvent cités à parité à 57 % les employeurs et les organismes de formation.

Pour le suivi et la validation de l'obligation ; les ordres sont majoritairement vus comme pilotes (53,6 %), les CNP arrivant en deuxième position ; comme contributeur, le rôle des employeurs est mis en avant à 53,6 %.

Pour l'accompagnement et le respect de l'obligation, les ordres sont cités comme devant être pilotes par 57,1 % des répondants, sinon l'Etat pour 25 %. Les employeurs et les syndicats sont cités comme contributeurs par 53,6 % des répondants.

	pilotage stratégique		élaboration des référentiels		Validation des référentiels		Collecte_consolid_des_infos		Suivi et validation de l'obligation		Accompagnement non respect de l'obligation	
	P	C	P	C	P	C	P	C	P	C	P	C
P = pilote de la mission ; C = contributeur à la mission												
Etat	50,0%	35,7%	7,1%	46,4%	10,7%	42,9%	17,9%	42,9%	17,9%	39,3%	25,0%	35,7%
Fédération des spécialités médicales et/ou Conseils nationaux professionnels	39,3%	32,1%	75,0%	17,9%	50,0%	32,1%	28,6%	32,1%	28,6%	25,0%	17,9%	35,7%
Haute autorité de santé	28,6%	42,9%	32,1%	53,6%	50,0%	32,1%	7,1%	39,3%	3,6%	39,3%	3,6%	35,7%
Agence nationale du DPC	25,0%	28,6%	21,4%	25,0%	21,4%	21,4%	32,1%	32,1%	14,3%	42,9%	7,1%	35,7%
Ordres professionnels	35,7%	39,3%	14,3%	53,6%	10,7%	53,6%	35,7%	39,3%	53,6%	25,0%	57,1%	28,6%
Structure ad hoc à crée	14,3%	17,9%	3,6%	17,9%	3,6%	25,0%	7,1%	25,0%	10,7%	21,4%	7,1%	25,0%
Assurance maladie	3,6%	46,4%	0,0%	42,9%	3,6%	39,3%	7,1%	35,7%	3,6%	39,3%	7,1%	42,9%
Centre national de gestion	3,6%	39,3%	7,1%	28,6%	3,6%	28,6%	10,7%	25,0%	7,1%	35,7%	10,7%	46,4%
Organisations syndicales et professionnelles (de libéraux ou salariés...)	32,1%	46,4%	17,9%	57,1%	10,7%	46,4%	10,7%	35,7%	7,1%	42,9%	10,7%	53,6%
Employeurs	3,6%	46,4%	7,1%	35,7%	3,6%	35,7%	3,6%	57,1%	3,6%	53,6%	3,6%	53,6%
Associations de patients	7,1%	53,6%	0,0%	50,0%	7,1%	39,3%	7,1%	28,6%	7,1%	25,0%	0,0%	39,3%
Organismes de formation	3,6%	35,7%	3,6%	46,4%	3,6%	35,7%	3,6%	57,1%	3,6%	42,9%	0,0%	39,3%
OPCO (y.c. ANFH)	0,0%	35,7%	0,0%	25,0%	0,0%	25,0%	3,6%	35,7%	0,0%	32,1%	0,0%	32,1%

### 3.4 Dans une approche large incluant, non seulement l'augmentation du nombre des actions à conduire ou des professionnels y émargeant, mais également les coûts de déploiement et de gestion, quel principe de financement vous semble préférable ?

Les deux premières modalités proposées (financements publics majoritaires avec contrôles, financements publics et mutualisés selon les actions) arrivent à parité.

Libellés	Nombre de réponses	Pourcentages
Sans réponses	2	7,1 %
Un financement public exclusif ou majoritaire pour les actions de recertification, assorti d'une politique d'agrément et de contrôles par une (ou des) autorité(s) publique(s) ;	10	35,7 %
Des financements publics pour les seules actions de recertification agréées et relevant de priorités nationales, et des financements privés mutualisés (OPCO, employeur) ou individuels pour les autres actions ;	10	35,7 %
Des financements privés (mutualisés ou individuels) pour toutes les actions, avec des aides ou remboursements publics compensant une partie des coûts.	6	21,4 %

### 3.5 Quels sont les financeurs et les ressources nouvelles qui pourraient être mobilisés en fonction de leur mission ou objectifs propres ?

Ce sont l'Etat et l'assurance maladie, puis les employeurs qui sont vus comme les premiers pourvoyeurs de financements supplémentaires par les répondants. Les assureurs sont cités également par 46% des répondants.

Libellés	Nombre de réponses	Pourcentages
Sans réponses	1	3,6 %
L'Etat ou de l'assurance maladie, par une hausse des contributions aux acteurs institutionnels actuels (ANDPC, HAS ...)	24	85,7 %
Les employeurs, par une contribution plus importante au financement des actions (paiement direct et/ou via les cotisations aux organismes de compétence)	15	53,6 %
Les Ordres professionnels via l'affectation à la recertification d'une fraction des cotisations ou d'une surcotisation	10	35,7 %
Les conseils et associations professionnelles (CNP, Sociétés savantes, associations) via les cotisations reçues ou subventions reçues	6	21,4 %
Les professionnels libéraux (en direct paiement ou via les cotisations aux fonds de formation), le cas échéant avec des avantages (baisse des primes de RCP, avantages fiscaux)	7	25 %
Les opérateurs de compétence et fonds de formation mutualisés via le fléchage de financements vers la recertification	8	28,6 %
Les assureurs (baisse des primes de responsabilité civile professionnelle, contribution des complémentaires santé)	13	46,4 %
Autres	3	10,7 %

## D'autres opinions que vous souhaiteriez partager ?

Deux opinions exprimées à cette question résument bien les degrés d'attente, mais aussi parfois de crainte face à la perspective de la mise en place de la recertification.

Responsable d'un syndicat de praticiens : « *Le DPC ne doit plus être le serpent de mer français que nous connaissons hélas tous. Cela fait partie des priorités vitales pour des soins de qualité mais également pour le bien-être de tous. Les anciens en ont au moins autant besoin que les jeunes médecins.* »  
Représentant des Unions régionales des professionnels de santé – médecins : « *Il faut surtout éviter une nième machine à gaz. Le but devra être de soutenir les médecins, tellement sollicités déjà!* ».

## Liste des répondants (par ordre alphabétique) :

Agence nationale du développement professionnel continu

APH avenir hospitalier

Association nationale des étudiant.e.s sage-femme

Collège de la Médecine Générale

Conférence Nationale des Unions Régionales des Professionnels de Santé - Médecins Libéraux

Conférences des Présidents de CME des établissements de psychiatrie

Conférence des directeurs généraux de CHU - Commission des affaires médicales

Conférence des présidents de CME de CHU

Conseil national de l'Ordre des chirurgiens-dentistes

Conseil national de l'Ordre national des infirmiers

Conseil national de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes

Conseil national de l'Ordre national des pédicures-podologues

Conseil national de l'Ordre National des Pédicures Podologues (collège des jeunes professionnels)

Conseil national de l'Ordre National des Pharmaciens

Conseil national de l'Ordre des sages-femmes

Fédération Nationale des Podologues

Fédération française des masseurs-kinésithérapeutes rééducateurs

Fédération des syndicats de pharmaceutiques de France

Le Bloc

MG France

Organisation Nationale Syndicale des Sages-Femmes (ONSSF)

ReAGJIR

Syndicat des jeunes biologistes médicaux

Syndicat des médecins libéraux

Syndicat nationale des masseurs-kinésithérapeutes rééducateurs

SNAM-HP

Union Nationale et Syndicale des Sages-Femmes

Union des syndicats de pharmaciens d'officine

# ANNEXE 11 : Synthèse par la Fédération des spécialités médicales des réponses des CNP au questionnaire

## 1. ATTENTES A L'EGARD DE LA REFORME

### 1.1. Qu'est-ce qui, selon vous rend aujourd'hui opportune ou nécessaire la mise en place d'un système de recertification des professionnels de santé en France ?

La mise en place d'un système de recertification des professionnels de santé est d'abord et avant tout justifiée très majoritairement par l'évolution rapide et permanente des connaissances.

Cette évolution est comprise de manière large. Certains CNP y incluent l'évolution des progrès médicaux scientifiques et techniques, celle des techniques et des supports numériques associés ainsi que la modification des métiers.

Les enjeux et le contexte sont clairement explicités dans les deux réponses ci-dessous:

*« L'absence de toute évaluation sur le maintien des compétences et le caractère définitif des droits acquis par le diplôme ne sont pas adaptés à la situation actuelle d'évolution rapide des connaissances et des pratiques quel que soit le métier de santé exercé » ;*

*« L'évolution des progrès médicaux scientifiques et techniques doit s'accompagner d'un dispositif suivi et coordonné de la formation continue des professionnels de santé garantissant par l'amélioration des pratiques professionnelles la meilleure qualité des soins et la confiance des citoyens dans le système de santé ».*

Les autres raisons fréquemment citées renvoient à la nécessité de se former et d'assurer la sécurité et l'homogénéité de la qualité des soins.

En ce qui concerne la formation, la recertification est perçue comme la possibilité d'inscrire la formation tout au long de la vie dans un cadre permettant au professionnel de développer des compétences adossées au référentiel métier de la spécialité.

Six réponses font également état d'une exigence de la société et des patients.

Deux CNP seulement jugent que ce dispositif n'est pas nécessaire. C'est le cas du CNP d'Oncologie dont la situation est un peu particulière puisque dans cette spécialité *« la mise en œuvre des nouvelles techniques est [déjà] assortie de formation avec un contrôle par l'ASN et dans le futur par un audit par les pairs ».*

Un CNP fait une réponse mitigée ne voyant *« pas vraiment de nécessité nouvelle si ce n'est un certain "échec" du fonctionnement de l'actuel DPC ».*

### 1.2. Qu'attendez-vous d'un tel dispositif ?

Une réponse nous semble bien faire la synthèse des attentes des CNP :

*« Force est de constater que malgré les diverses tentatives pour inciter les professionnels de santé à s'orienter vers une formation continue au cours de leur exercice professionnel, les résultats n'ont pas été, jusqu'ici, à la hauteur des ambitions, loin s'en faut. Les dispositifs construits ont été mal ou insuffisamment expliqués, ce qui a généré des freins importants, notamment de la part des médecins, car trop lourds et compliqués. Ils n'ont donc souvent pas été mis en place ou peu utilisés. Pour qu'un tel système fonctionne, il faut qu'il soit :*

*- bien compris dans son intérêt en termes de qualité des soins et pas interprété comme un énième système bureaucratique servant plus ou moins à contrôler les professionnels ou au moins à les surcharger*

*- souple et facile à réaliser par les professionnels de santé*

*- que les formations soient adaptées aux différents modes d'exercice, et facilement accessibles. Les possibilités offertes par les moyens numériques actuels rendent les choses plus faciles. A condition de construire des outils adaptés, ce qui est un très gros travail ».*

On constate par ailleurs que les CNP se sont positionnés sur deux niveaux de réponse différents :

- L'attente d'une amélioration globale de la qualité des soins grâce à :
  - la réévaluation tout le long de la carrière professionnelle des connaissances et des pratiques,
  - l'uniformisation des compétences sur le territoire,
  - l'engagement de la profession, au renforcement de sa cohésion,
  - la possibilité d'« écarter les "déviant" c'est à dire les praticiens qui n'exercent pas avec une connaissance suffisante des données acquises par la science ». Il s'agit d'un petit nombre de praticiens qu'il faudrait pouvoir identifier.
- L'attente d'un système simple / souple et pertinent

Le dispositif doit être pertinent, c'est à dire centré sur l'évaluation des pratiques professionnelles et la gestion des risques (GDR), simple, et avec un retour positif évident et visible pour les professionnels concernés.

Il doit reposer sur une évaluation souple et sur la confiance vis à vis des professionnels « sans entrer dans une machine à gaz du genre ANDPC actuelle qui présente une dérive quasi-dogmatique ».

L'implication des pairs est considérée comme un facteur important au regard de la nécessité d'avoir un système souple et pertinent.

Un seul CNP n'attend rien de ce dispositif.

### **1-3 Aviez-vous connaissance des propositions formulées par le rapport de 2018 du comité de pilotage présidé par le Pr Uzan (ne traitant à l'époque que des médecins) et des dispositions de l'article 5 de la loi du 24 juillet 2019 ?**

91 % des CNP connaissent les propositions formulées par le rapport 2018 du comité de pilotage présidé par le Pr Uzan.

**1.4 Avez-vous, ou un autre représentant de votre organisation, été associé à ce comité de pilotage, ou auditionné par ce dernier, ou invité à adresser une contribution ?**

70,5 % des CNP ne l'ont pas été.

**1.5 Le nom du dispositif : "Certification et valorisation périodique du parcours professionnel des médecins" (CVP)**

Le nom proposé pour le dispositif convient à 75 % des répondants.

Il n'est pas retenu par 20,5 % des répondants.

Un CNP propose d'adopter une appellation plus simple qui serait « *Certification périodique des médecins* ».

Un CNP remarque que la valorisation périodique ne paraît pas être une expression positive car cela laisse entendre que la certification initiale est provisoire.

Un autre CNP alerte sur le caractère très contraignant du terme recertification.

**1.6 La périodicité de la recertification : tous les 6 ans, soit 2 exercices triennaux de DPC**

Une périodicité tous les 6 ans convient à 84,1 % des CNP.

Elle ne convient pas à 11,4 % des répondants.

4 CNP font dans ce cas des propositions alternatives : 5 ans une fois, 9 ans une fois et 10 ans à deux reprises.

**1.7 Classez les objectifs suivants par ordre de priorité**

Les réponses positionnent clairement l'amélioration de la qualité des soins, de la sécurité et de la performance des soins comme l'objectif prioritaire de la recertification.

Renforcer la confiance des patients et clarifier l'offre de soin en distinguant les professionnels entre eux sur la base de critères objectifs arrive en second.

Renforcer la confiance des patients et clarifier l'offre de soin en distinguant les professionnels entre eux sur la base de critères objectifs et améliorer la performance des soins sont ensuite choisis à peu près dans les mêmes proportions mais ils apparaissent nettement moins prioritaires.

Le fait de disposer d'un levier supplémentaire pour répondre à des enjeux de santé publique est classé en dernier.

**Ces objectifs peuvent être associés à divers résultats attendus. Quelle est votre perception de ces résultats ?**

Trois résultats sont considérés comme prioritaires :

1. Entretenir les compétences acquises en formation initiale
2. Elargir l'accès des professionnels à la formation ou à l'évaluation des pratiques
3. Diminuer le nombre et la gravité des événements indésirables

Les résultats suivants sont considérés comme à prendre en compte sans être prioritaires :

- Prévenir les risques majeurs de santé publique et maintenir les compétences socle

- Disposer d'un levier pour diffuser et valoriser les bonnes pratiques
- Améliorer la santé et la qualité de vie au travail des professionnels de santé
- Favoriser l'adéquation de la formation des professionnels aux besoins et attentes de leurs patients

36 réponses sur 44 sont hostiles au fait de disposer de critères publics de comparaison ou de choix entre professionnels.

## 2. CONTENU ET MODALITES

### 2.1 Quels types d'actions de formation sont à prendre en compte ?

Plus de 95 % des CNP ont répondu de manière claire aux items proposés. Les actions reconnues comme à prendre en compte dans la démarche de recertification sont très diverses et vont bien au-delà de l'obligation de DPC telle qu'elle existe actuellement, jugée nécessaire par 86 % des CNP. Les actions professionnelles hors DPC concernent la formation (les DU/DIU en sont un exemple), l'analyse des pratiques, la gestion du risque et sont jugées utiles par 79 % des CNP. Les autres modalités d'entretien ou d'amélioration des compétences sont plébiscitées par 90 % des répondants. Là aussi, leur nature est très diverse, incluant les congrès, mais aussi la participation au registre de pratiques de la spécialité, et l'on peut citer l'exemple d'Epithor et d'Epicard, les réunions de revue de mortalité et de morbidité (RMM), les comités de retour d'expérience (CREX), la déclaration des événements indésirables, la diffusion et la création de connaissances par la lecture de revues ou d'articles ou les activités d'auteur ou éditoriales.

Cette réponse aux trois items reflète en fait la nécessité d'allier une dimension cognitive, l'évaluation des pratiques, la sécurité et la gestion des risques, tous éléments susceptibles de contribuer à une pratique adaptée à l'évolution des données scientifiques et à la pertinence des actes.

### 2.2. Comment en mesurer la réalisation ?

Un barème de points ou de crédits pour mesurer la réalisation est largement plébiscité par 84,5 % des répondants.

Ces crédits pourraient être décernés par le CNP de la spécialité en fonction de la typologie et de l'intérêt des formations.

### 2.3. A partir de quel seuil considère-t-on l'entretien des connaissances suffisant ?

Comme exprimé dans la question précédente, le nombre de jours et le nombre d'heures ne paraissent pas pertinents, c'est le nombre d'actions qui est mis en avant avec une pondération des actions définie par le CNP.

50 % des répondants considèrent qu'il est nécessaire de réaliser 3 actions par an.

### 2.4. Quelle définition donnez-vous de l'activité professionnelle maintenue ?

Quarante des 44 CNP de la FSM ont répondu à cette question. Les réponses montrent cependant la nécessité d'un approfondissement de la réflexion sur ce point.

Malgré des définitions formulées de manière différente, un exercice de la spécialité continu dans le temps, qualitativement et quantitativement suffisant pour permettre l'entretien et l'actualisation des connaissances nécessaires à l'exercice de cette spécialité semble le mieux refléter la perception de la grande majorité des CNP.

Une proposition émerge de la plupart des réponses, consistant à définir une quotité de temps minimale selon la spécialité qui pourrait être de quatre demi-journées par semaine, ou correspondre

à un mi-temps. L'exercice effectif et continu de la profession est également cité à plusieurs reprises comme un élément important, et pour certaines spécialités plus techniques, la pratique d'un nombre minimum d'actes dans le domaine de compétence semble indispensable. Les registres de pratiques progressivement mis en place sont susceptibles de contribuer au suivi de cette activité technique.

## **2.5. Quelles activités constituent une activité professionnelle permettant le maintien des compétences et connaissances ?**

Là aussi, 95 % des CNP ont répondu à la question, et aucune des activités évoquées n'est écartée, toutes concourant à des degrés divers au maintien des compétences et/ou des connaissances. Sans surprise, en prolongement de la question 2.4, le temps consacré à la pratique professionnelle au bénéfice des patients, c'est-à-dire l'activité clinique, l'enseignement, et à moindre degré la recherche sont plébiscitées. Il convient de préciser que cette triade est partagée par les deux secteurs d'exercice, ce qui est cohérent avec l'introduction de la maîtrise de stage chez des praticiens libéraux.

Peut-être aurait-il fallu distinguer maintien des connaissances et maintien des compétences, qui ne sont pas strictement superposables. A titre d'exemple, assurer un enseignement très pointu et mis à jour n'est pas forcément le reflet du maintien intégral des compétences pour les soins.

Les activités de conseil et de contrôle sont également citées par 60 % des CNP. Les réponses en rapport précisent qu'il s'agit de la participation à la vie des sociétés savantes, des activités d'intérêt général dans le cadre de la santé (associations de patients, associations professionnelles, expertises pour des organismes de santé publique, etc.) ou des activités de contrôle réalisées par les pairs (accréditation, commissions de qualification, évaluation des pratiques et recertification).

L'analyse des réponses aux questions 2.4 et 2.5 confirme l'importance du maintien d'une activité directement en rapport avec la qualification professionnelle tout en validant la nécessité de prendre en compte les autres activités qui contribuent à l'amélioration de la qualité des soins.

## **2.6. A quels niveaux ou seuils doit-on se référer pour considérer l'activité comme suffisante ?**

42 CNP sur 44 ont répondu à la question. La définition de niveaux ou de seuils est en fait difficile et fait apparaître une différence entre les spécialités techniques et les autres. Concernant les actes techniques, plusieurs répondants évoquent un seuil minimal qui pourrait être défini par le CNP pour l'activité revendiquée. Là encore, cette notion vient appuyer les registres de pratiques.

Pour 61,4 % des répondants, la réponse est un pourcentage minimum de l'activité moyenne des professionnels du même secteur, mais il s'agit d'une notion difficile à évaluer, aussi bien quantitativement que qualitativement, et 77 % des CNP n'ont pas précisé leurs réponses. Pour l'évaluation du pourcentage d'activité, il vaut mieux se référer aux préconisations de la question 2.4 (quatre demi-journées ou mi-temps).

## **2.7. Une démarche d'amélioration de la relation professionnel-patient - Qu'est-ce que cela recouvre ?**

Les items vont ensemble et sont complémentaires :

- un effort d'information et d'écoute,
- l'attention aux conditions d'accueil,
- l'accompagnement du patient,
- la collecte des retours des patients.

## 2.8. Comment le mesurer ?

La participation à des actions dédiées

L'interrogation des patients sur leur perception de la relation

Les Patient-reported outcomes mesures (PROM) sont cités de même que l'évaluation possible au travers des registres.

## 2.9. Une démarche d'amélioration de la qualité de vie et de la santé du médecin - Qu'est-ce que cela recouvre ?

La santé physique et psychologique

## 2.10. Comment le mesurer ?

L'auto évaluation est considérée comme le meilleur moyen d'y veiller.

## 2.11. Qu'est-ce qui constitue un "signal négatif" selon vous?

Très majoritairement, les CNP font clairement de la suspension ordinaire (qui concerne tous les médecins) ou d'un licenciement pour insuffisance professionnelle (salariés), et des sanctions disciplinaires, ordinaires ou des condamnations pénales en rapport avec l'activité professionnelle (38 CNP sur 44 dans les deux cas).

Une décision de dé-conventionnement par l'assurance maladie qui n'implique d'ailleurs par l'évaluation des pairs n'est évoquée que par moins de la moitié des CNP. Seuls cinq CNP ont précisé leur réponse, mais il est intéressant de signaler la proposition d'un CNP de prendre en compte les signalements de l'équipe soignante entourant le praticien, mais, comme pour les événements indésirables graves retenus par 32 CNP, il faudrait que les faits aient été définitivement considérés imputables à une faute professionnelle.

## 2.12. Comment ces signaux doivent être pris en compte ?

Aucune proposition sur la mesure des signaux négatifs n'atteint 50 % de réponses favorables.

Il existe cependant une petite préférence pour le système de bonus qui suppose d'ailleurs que la recertification serait un système à points.

Une remarque doit cependant être faite à la lecture de l'item prévoyant des malus susceptibles d'être résorbés par des actions "positives" réalisées par ailleurs : l'engagement dans une démarche d'accréditation ou la participation à un registre fait d'ores et déjà partie des « parcours de DPC » recommandés par certains CNP, et il est difficile d'envisager le blanchiment de signaux négatifs par des actions pratiquement obligatoires. Il faut probablement distinguer ces signaux négatifs du parcours professionnel.

## 2.13. S'il fallait fixer un seuil, à partir de quel niveau de récurrence ou de gravité considère-t-on les signaux négatifs trop importants ?

Une analyse résume assez bien la position qui pourrait être suivie :

*« Je pense que les 3 réponses au 2.13 sont possibles selon les cas. On peut favoriser les professionnels n'ayant pas de 'signaux négatifs', c'est l'approche la plus positive et motivationnelle, sans doute à privilégier. Après, si les signaux deviennent vraiment problématiques, il faut sans doute un volet plus "répressif" si la qualité des soins se dégrade, voire présente un danger pour les patients. Le seuil n'est pas facile à définir dans l'absolu. Il faut probablement une analyse personnalisée, mais la récurrence de plusieurs des items du 2.11 doit clairement alerter. D'ailleurs certains font plus qu'alerter puisque l'on parle déjà de sanctions prises ».*

Plusieurs réponses insistent par ailleurs sur la difficulté de quantifier cet item et l'importance d'une évaluation au cas par cas, qui serait d'ailleurs nécessaire dans tous les cas susceptibles d'aboutir à une non recertification. Les réponses affinées des CNP mettent en avant une évaluation par des pairs reconnus aidés par des juristes et des déontologues.

#### **2.14. Quelle est votre opinion sur l'ensemble de ces critères ? En voyez-vous d'autres ?**

Ce point est probablement à revoir. Dix-huit CNP n'ont pas répondu et beaucoup de réponses sont évasives (ne sait pas...).

Ces difficultés de réponse conduisent en fait à discuter de la place des signaux négatifs évoqués dans la procédure de recertification. A quel moment interviennent-ils ? Viennent-ils se surajouter au parcours professionnel préconisé, suivi, et validé par le CNP/la FSM avant la sanction finale de recertification, ou sont-ils partie intégrante de la procédure de recertification, sachant que le non suivi au fil de l'eau du parcours est aussi un potentiel signal négatif qui lui devrait émaner du CNP dans l'accompagnement du professionnel ?

Une réaction met bien en lumière la difficulté de l'analyse :

*« Cela est déjà du ressort de l'interdiction d'exercice dans le cadre de décision ordinale ou judiciaire et il n'est probablement pas nécessaire de rajouter une couche ».*

En conclusion, il faudrait réinterroger la définition des signaux négatifs et affiner leur nature. On pourrait cependant considérer que le CNP doit avoir connaissance des situations où il y a une répétition des incidents.

#### **2.15. Comment percevez-vous ces différentes modalités de recertification ?**

Deux propositions sont complémentaires, on peut les résumer de cette façon :

- la détention par chaque professionnel d'un portfolio de compétences doté d'un nombre de points et se dévaluant au fil du temps en l'absence d'actions de renouvellement ou d'entretien des compétences est souhaitée ;
- l'élaboration par chaque professionnel d'une analyse des risques associés à sa pratique (remarque : cela pourrait être le point de départ, cela pourrait guider le professionnel dans le choix de ses actions).

En négatif, la majorité des CNP considère inadaptées :

1. la passation de questionnaires auto correctifs,
2. l'obligation de satisfaire à des rendez-vous réguliers,
3. l'évaluation par un prestataire dédié ou un groupe de pairs.

#### **2.16. Au cas où certaines informations nécessaires à la mise en œuvre des critères imaginés par le comité Uzan ne pourraient s'appuyer sur aucune donnée récupérable automatiquement à l'heure actuelle, comment générer et collecter ces informations ?**

64 % des réponses sont favorables aux deux démarches suivantes :

- via l'émission par les Conseils nationaux professionnels de chaque spécialité d'attestations de satisfaction d'un ou plusieurs critère(s) pour chaque professionnel qui en fait la demande, à charge pour eux de vérifier la véracité et la pertinence des actions réalisées ;

- via l'enregistrement par le professionnel des justificatifs des actions suivies sur un portail dédié.

Deux précisions ont été apportées :

- - il est essentiel de créer un portail automatisé alimenté par le CNP et par toutes les structures concourant à l'alimentation du dossier du professionnel (HAS, ANDPC, ANFH, etc...);
- - la mise en place d'un site où chaque professionnel déclare les formations actions de DPC qu'il a faites + vérification d'un petit pourcentage par tirage aléatoire.

La question des moyens est plusieurs fois abordée.

Pour que les CNP puissent assurer leurs missions, des moyens adaptés doivent être mis à leur disposition.

### **2.17. Quelles modalités de communication vous semblent le plus susceptibles de favoriser l'attractivité et l'utilité du dispositif ?**

L'édition d'un certificat affichable au sein des cabinets et la publication d'une liste des professionnels certifiés apparaissent comme les modalités souhaitées par les CNP.

### **2.18. Quelles peuvent être les conséquences de la non recertification ?**

En cas de non recertification, la plupart des CNP préconisent un suivi par un confrère expert chargé de définir un plan d'actions. Un nombre important de CNP ont cependant eu du mal à affiner leur réponse. L'analyse plus fine des réponses montre cependant qu'un accompagnement par le CNP est plusieurs fois cité et paraît nécessaire (cinq fois sur 12 réponses). De même, sur les quatre réponses évoquant le rôle du CNOM dans la décision de non certification, deux demandent la participation du CNP aux décisions. La procédure ordinaire d'insuffisance professionnelle en cas de non recertification est évoquée dans près d'un tiers des réponses, avec la proposition de la convocation du médecin par le CNOM et le CNP, la mise en place d'un plan d'action élaboré par le CNP, et l'établissement d'un calendrier avec échéancier et engagement du professionnel.

Le suivi par un confrère expert chargé de définir un plan d'actions est privilégié.

L'accompagnement par le CNP est cité plusieurs fois et paraît nécessaire.

### **2.19. Dans les cas où la recertification repose sur le volontariat, quels éléments semblent le plus susceptibles de motiver ?**

L'automatisme du processus et l'édition d'un document pouvant être utilisé par le professionnel pour mettre en avant sa recertification périodique sont les deux éléments principaux susceptibles de motiver les volontaires.

Parmi les éléments financiers figurent la baisse du coût ou encore la prise en charge partielle de l'assurance de responsabilité civile professionnelle

Concernant la valorisation, l'existence de conséquences positives sur le parcours professionnel apparaît en premier.

### 3. PERIMETRE ET GOUVERNANCE

#### **3.1 Quelle hypothèse [pour les professionnels concernés dans un premier temps par l'obligation de recertification] vous semble la plus pertinente dans un premier temps et/ou à terme ?**

11,4 % des CNP considèrent que l'obligation ne doit concerner que les nouveaux diplômés.

52 % des CNP considèrent que la recertification doit s'imposer à tous soit immédiatement (22,7 %) soit avec des délais différenciés.

#### **3.2. Quelle hypothèse [pour définir quels sont les professionnels exerçant effectivement leur professions ou spécialité] vous semble la plus pertinente dans un premier temps et/ou à terme ?**

La nature et la distribution des réponses traduit certainement une incompréhension de l'attendu.

Compte tenu des réponses à la précédente question qui indiquent dans une très large majorité que la recertification s'adresse à tous, il paraît difficile d'analyser cette question.

Pour expliquer cela, il faut prendre en compte l'évolution de la perception de la procédure depuis l'annonce de la recertification. Initialement considérée comme une sanction par un grand nombre de spécialistes installés, puis annoncée sur la base du volontariat sauf pour les nouveaux diplômés, elle est maintenant largement plébiscitée à condition d'être accompagnée et gérée par les pairs.

Il faudrait pouvoir en discuter.

#### **3.3 Sur la question de la gouvernance, le rapport du comité Uzan proposait l'implication des institutions ou organismes concernés et la création d'instances nouvelles.**

##### **A votre avis, quels sont celles ou ceux qui doivent piloter ou contribuer ?**

Les réponses sont très claires.

Elles confirment de manière très nette le souhait de voir confier :

- à la FSM et aux CNP un rôle central en les désignant comme pilotes pour les cinq premières étapes du dispositif : pilotage stratégique, élaboration des référentiels, validation des référentiels, collecte des informations, et suivi et validation de l'obligation
- au CNOM le contrôle de la validation et le pilotage de l'accompagnement du non-respect de l'obligation.

La HAS doit contribuer à élaborer les référentiels et à les valider.

L'ANDPC doit contribuer à la collecte des données.

L'idée de créer une nouvelle structure n'est pas retenue.

#### **3.4 Dans une approche large incluant, non seulement l'augmentation du nombre des actions à conduire ou des professionnels y émergeant, mais également les coûts de déploiement et de gestion, quel principe de financement vous semble préférable ?**

Concernant le financement, l'option souhaitée par une très nette majorité des CNP est l'association de financements publics pour les seules actions agréées et relevant de priorités nationales, les autres actions relevant de financements privés mutualisés ou individuels.

### **3.5 Quels sont les financeurs et les ressources nouvelles qui pourraient être mobilisés en fonction de leur mission ou objectifs propres ?**

98 % des CNP de médecins spécialistes ont répondu à cette question. Ils évoquent avant tout une augmentation des financements publics, provenant soit de l'assurance maladie via la dotation de l'ANDPC ou la HAS par l'accréditation, soit d'une augmentation de la contribution des employeurs pour les salariés. Ces deux réponses correspondent au maintien des voies de financement actuel et d'une opposition public/privé que la plupart des médecins spécialistes réprouvent, le maintien et l'amélioration des compétences devant relever du même processus quel que soit le mode d'exercice. Une affectation d'une partie de la cotisation ordinale ou une partie dédiée de la dotation des CNP sont également évoquées par 18 et 16 CNP, respectivement, ce qui soulève la question du financement du fonctionnement de l'accompagnement du dispositif par les CNP. Des avantages assurantiels ou une augmentation du fonds de formation pour les libéraux sont également envisagés par 43 % des CNP.

Trois CNP ont apporté des précisions intéressantes, dont la création d'un chèque médecin abondé par l'état, les employeurs, les assureurs et l'ordre sans sur-cotisation qui avait été évoquée lors des Assises du Médicament et permettrait d'offrir à tous des droits équivalents, et un fléchage vers les CNP et la FSM de moyens leur permettant d'accompagner le dispositif.

## Liste des CNP ayant répondu à l'enquête de la mission IGAS via la Fédération des spécialités médicales

CNP d'Addictologie - Fédération Française d'Addictologie  
CNP d'allergologie  
CNP Anesthésie Réanimation et Médecine Péri Opératoire  
CNP de biologie des agents infectieux et hygiène hospitalière  
CNP de biologie médicale  
CNP cardiovasculaire  
CNP de la Chirurgie de l'Enfant et de l'Adolescent  
CNP de Chirurgie Maxillo-Faciale et de Stomatologie  
CNP de Chirurgie Orthopédique et Traumatologique  
CNP de Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique  
CNP Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire  
CNP Chirurgie Vasculaire et Endovasculaire  
CNP de Chirurgie Viscérale et Digestive  
CNP Dermatologie Vénérologie  
CNP Endocrinologie, Diabète-Nutrition  
CNP Génétique Médicale Clinique Chromosomique et Moléculaire  
CNP de Gynécologie et Obstétrique et Gynécologie Médicale  
CNP d'Hématologie  
CNP- d'Hépatogastro-entérologie  
CNP de Médecine interne  
CNP Maladies infectieuses et tropicales  
CNP-Médecine Intensive Réanimation  
CNP Médecine Légale et expertises médicales  
CNP de Médecine Nucléaire  
CNP de Médecine physique et de réadaptation  
CNP associé de Médecine du Sport  
CNP de Médecine du Travail  
CNP de la Médecine d'urgence  
CNP Médecine vasculaire  
CNP de Néphrologie  
CNP de Neurochirurgie  
CNP de Neurologie

CNP d'oncologie

CNP d'ophtalmologie

CNP d'Anatomie et Cytologie Pathologiques (CNPath)

Conseil National de Pédiatrie

CNP de pneumologie

CNP d'oto-rhino-laryngologie et de chirurgie cervico-faciale

CNP de Psychiatrie (CNPP)

CNP de radiologie

CNP de rhumatologie

CNP de Santé Publique

CNP d'urologie

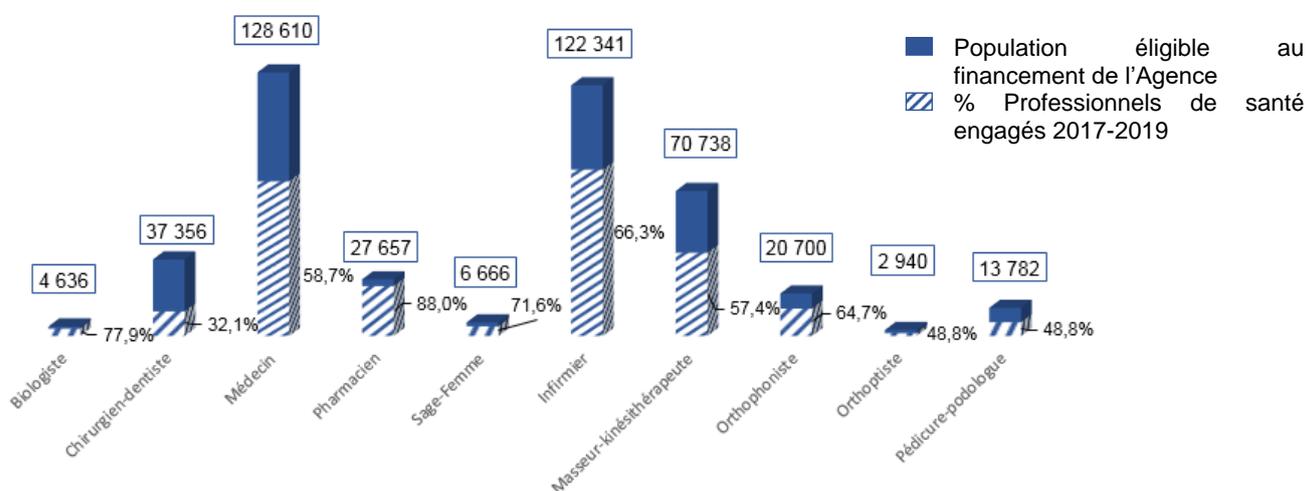
CNP associé Vigilance et Thérapeutique Tranfusionnelles Tissulaires et Cellulaires (V3TC)

## ANNEXE 12 : Éléments chiffrés sur le DPC et sur l'accréditation des spécialistes

### 1 Le développement professionnel continu

La mission a pu bénéficier des premiers éléments de bilan du premier triennal 2017- 2019, à partir des données enregistrées dans son système d'information et des financements octroyés aux professionnels s'inscrivant dans une action déposée par un organisme enregistré auprès de l'ANDPC.

Tableau 1 : Part des professionnels de santé éligibles au financement de l'Agence engagés dans le dispositif de DPC depuis 2017



Source : ANDPC

Tableau 2 : Nombre d'actions de DPC déposées et publiées après contrôle

	DPC 2017 (au 31/12/2017)	DPC 2018 (au 31/12/2018)	DPC 2019 (au 31/12/2019)
<b>Actions déposées</b>	<b>19 045</b>	<b>18 020</b>	<b>18 006</b>
<b>Actions publiées</b>	<b>15 282</b>	<b>14 257</b>	<b>13 045</b>
<b>Taux de publication</b>	<b>80,2%</b>	<b>79,1%</b>	<b>72,4%</b>

Source : ANDPC

Tableau 3 : DPC 2017 à 2019 - ODPC enregistrés ayant toutes les actions publiées sans inscription

	DPC 2017 (au 31/12/2017)	DPC 2018 (au 31/12/2018)	DPC 2019 (au 31/12/2019)	Sur le triennal 2017-2019 (au 31/12/2019)
ODPC enregistré ayant eu des actions publiées	1 311	1 418	1 342	1 816
ODPC enregistré ayant des actions publiées sans inscriptions	586	676	609	827
% ODPC enregistré ayant des actions publiées sans inscriptions	45%	48%	45%	46%
<i>dont ODPC ayant uniquement des actions publiées pour les salariés non éligibles</i>	<i>181</i>	<i>188</i>	<i>199</i>	<i>232</i>
<i>dont ODPC ayant uniquement des actions publiées pour les libéraux et salariés de centres de santé</i>	<i>13</i>	<i>10</i>	<i>10</i>	<i>30</i>
<i>dont ODPC ayant des actions publiées pour les deux modes d'activité (salariés et libéraux)</i>	<i>392</i>	<i>478</i>	<i>400</i>	<i>565</i>

Source : ANDPC

Tableau 4 : DPC 2017 à 2019 - ODPC enregistré ayant uniquement des actions publiées pour les salariés non éligibles

	DPC 2017 (au 31/12/2017)	DPC 2018 (au 31/12/2018)	DPC 2019 (au 31/12/2019)	Sur le triennal 2017-2019 (au 31/12/2019)
ODPC enregistré ayant eu des actions publiées	1 311	1 418	1 342	1 816
ODPC ayant uniquement des actions publiées pour les salariés non éligibles	181	188	199	232
% d'ODPC ayant uniquement des actions publiées pour les salariés non éligibles	14%	13%	15%	13%

Source : ANDPC

## 2 L'accréditation des spécialités à risque

La mise en œuvre de la démarche d'accréditation des médecins et équipes de spécialistes à risque médical important est confiée à la HAS, qui l'assure avec l'aide d'organismes agréés (OA) de pairs de chaque spécialité.

Ce dispositif concerne les médecins et équipes médicales exerçant en établissement de santé et ayant une activité d'obstétrique, d'échographie obstétricale, de réanimation, de soins intensifs ou exerçant l'une de 21 spécialités définies à l'article D. 4135-2 CSP<sup>47</sup>. Tout médecin, engagé dans la procédure d'accréditation doit mettre en œuvre annuellement les différentes obligations décrites dans le programme de sa spécialité. Chaque programme de spécialité prévoit, pour le médecin :

- des activités d'analyse de pratique :
  - le recueil et l'analyse des événements indésirables associés aux soins (EIAS) ;
  - la participation à des activités d'évaluation des pratiques professionnelles (RMM, registres, audit clinique, etc.) mises en œuvre, ou non, par l'OA ;
- des activités d'acquisition ou de perfectionnement des connaissances :
  - la mise en œuvre de recommandations ou référentiels professionnels ;

<sup>47</sup> chirurgie générale ; neurochirurgie, chirurgie urologique, chirurgie orthopédique et traumatologie, chirurgie infantile, chirurgie de la face et du cou, chirurgie maxillo-faciale et stomatologie, ou chirurgie maxillo-faciale, chirurgie plastique reconstructrice, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire, chirurgie vasculaire, chirurgie viscérale et digestive, gynécologie-obstétrique, ou gynécologie médicale et gynécologie-obstétrique, anesthésie-réanimation, réanimation médicale, stomatologie, Oto-rhino-laryngologie, ophtalmologie, cardiologie, radiologie, gastro-entérologie et pneumologie.

- la mise en œuvre de recommandations individuelles élaborées et diffusées par l'OA sur la base de l'analyse des EIAS réalisée;
- la participation à des activités de perfectionnement des connaissances mises en œuvre, ou non, par l'OA.

En contrepartie, le médecin accrédité ayant une activité libérale peut bénéficier, sous certaines conditions précisées aux articles D. 185-1 et suivants du code de la sécurité sociale, d'une aide à la souscription de son assurance en responsabilité civile professionnelle. Cette aide, qui est à la charge de la CNAM, varie en fonction de la prime d'assurance et des conditions d'exercice.

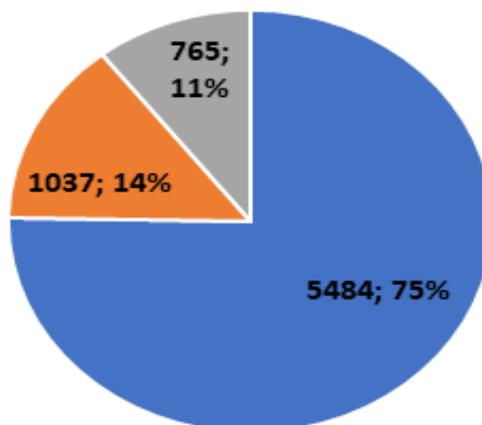
Le dispositif est néanmoins ouvert aux médecins salariés et équipes médicales des établissements de santé publics et privés, sans faire l'objet d'un financement par l'assurance maladie.

Tableau 5 : Chiffres de l'accréditation au 31/12/2020

Spécialité	Nombre de médecins participants à la démarche d'accréditation	Nombre de médecins en exercice libéral	Nombre de médecins en exercice mixte	Nombre de médecins salariés
Chirurgie urologique	336	229	58	49
Gastro-entérologie interventionnelle	309	189	44	76
Anesthésie-réanimation	1226	1062	60	104
Echographie fœtale	19	6	13	0
Neurochirurgie	131	89	27	15
Chirurgie viscérale et digestive	886	668	149	69
Gynécologie-obstétrique	1307	1093	160	54
Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie	53	42	11	0
Chirurgie infantile	54	15	16	23
Cardiologie interventionnelle	70	36	15	19
Radiologie interventionnelle	265	95	13	157
ORL et chirurgie cervico-faciale	31	14	7	10
Chirurgie orthopédique	1759	1391	286	82
Chirurgie plastique et reconstructrice	306	240	64	2
Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire	226	102	55	69
Chirurgie vasculaire	308	213	59	36
<b>TOTAL</b>	<b>7286</b>	<b>5484</b>	<b>1037</b>	<b>765</b>

Source : HAS

### Répartition des médecins participants à la démarche d'accréditation par statut



■ Nombre de médecins en exercice libéral ■ Nombre de médecins en exercice mixte  
■ Nombre de médecins salariés

Source : HAS