

Recertification : la CSMF force de propositions

Conférence de presse du

Dr Jean-Paul ORTIZ, Président de la CSMF

Le 26 avril 2018

Si aujourd'hui la CSMF porte l'état de sa réflexion sur la recertification à la connaissance de tous, c'est bien parce que ce concept est en train de s'imposer dans le monde de la santé. Il est vrai qu'il s'est largement imposé dans les autres secteurs, autour des démarches d'assurance qualité, de pertinence, d'efficience, etc. La nomination récente du Professeur Serge Uzan, que la CSMF a rencontré, en atteste : il a été chargé par la ministre de la Santé d'une mission sur la recertification des compétences des médecins. Ceci est également largement demandé par le Conseil national de l'ordre des médecins (CNOM). C'est pourquoi la CSMF a souhaité déterminer les objectifs de ce processus, exposer comment on pouvait avancer sur son contenu et son organisation, définir qui devait le gérer et enfin montrer quels étaient les facteurs de réussite, c'est-à-dire les facteurs d'acceptabilité...

1 – Les objectifs de la recertification

Il s'agit d'abord d'améliorer la qualité de la prise en charge des patients, et ce de façon uniforme sur l'ensemble du territoire national. Cela passe par des démarches qui doivent être portées par la profession dans son ensemble, démarches qui non seulement doivent couvrir la qualité du soin mais aussi avoir le souci de son efficacité dans un monde économique contraint, de façon à garantir aux patients une pertinence de la prise en charge. Ceci revient donc à garantir aux patients que la compétence du médecin est au rendez-vous.

Or, la transition épidémiologique oblige à réfléchir à l'amélioration des prises en charge, en particulier pour les patients de plus en plus âgés et souffrants de plusieurs pathologies, qui sont de plus en plus lourds. De plus, les évolutions techniques, l'émergence de nouveaux médicaments nous contraignent à penser à l'optimisation de l'efficacité en matière de dépenses de santé.

La connaissance médicale évolue aujourd'hui très vite, et il devient indispensable de pouvoir garantir à la population soignée à la fois le maintien de la connaissance médicale de chaque médecin, mais aussi l'intégration des évolutions de la connaissance médicale dans sa pratique quotidienne.

Toutes les études le montrent : le maintien des connaissances et le travail en équipe permettent de diminuer la sinistralité. L'évaluation de la pratique quotidienne a aussi un impact favorable sur la survenance des événements indésirables, et même sur la diminution des événements porteurs de risques. Enfin, il faut rappeler que le maintien de la connaissance est une obligation individuelle pour chacun des médecins. Cela est contenu dans le Code de déontologie, et cela doit être aujourd'hui garanti et transparent vis-à-vis des patients. Cette information et cette transparence sont toujours aujourd'hui des obligations sociétales.

2 – Un environnement en mouvement

Le patient d'aujourd'hui est beaucoup plus informé, et ne peut plus se contenter d'un diplôme de docteur en médecine délivré une bonne fois pour toutes, pour l'ensemble de la vie professionnelle de son médecin. Le patient d'aujourd'hui évolue dans une société où tout est évalué, classé, noté. À l'heure où il utilise depuis bien longtemps au quotidien des outils qui lui permettent d'apprécier de nombreux services, comment imaginer qu'il n'ait pas la même exigence vis-à-vis de son médecin. D'ailleurs, des classements ou des notes commencent à émerger ici ou là, de façon non contrôlée, désordonnée, critiquable et inadaptée. Il est temps que la profession s'en saisisse.

De même, les médecins dans leur exercice ont besoin de connaître les spécificités d'exercice de leurs confrères, les orientations de leur spécialisation, voire de leur sur-spécialisation. Ces éléments sont souvent difficiles à retrouver, mais mériteraient d'être mieux communiqués à l'intérieur de l'environnement médical. L'évolution des différentes technologies qui envahissent nos exercices médicaux, l'apprentissage de nouvelles techniques, nous obligent à garantir l'acquisition de ces évolutions à l'ensemble de nos patients, mais aussi à nos correspondants.

Différents modèles se sont imposés depuis plusieurs décennies dans des pays étrangers. Le modèle canadien, pionnier en la matière, s'est surtout attaché à une analyse des processus mis en place dans la démarche médicale. C'est bien en analysant les différentes interfaces, le chaînage de la prise en charge d'un patient, que des dysfonctionnements porteurs de risques, voire des erreurs médicales peuvent être mis en évidence et corrigés, afin de permettre d'améliorer la qualité globale de soins délivrés un patient. Cette étape a marqué et continue de marquer fortement l'ensemble des démarches qualité en matière de santé en France. Elle s'est imposée dans les phases initiales de la démarche dite « d'accréditation des établissements de soins » à l'époque, devenue « certification » des hôpitaux. Cette démarche est souvent considérée par les médecins comme éloignée de leur pratique médicale quotidienne, et a l'inconvénient d'être encore peu appropriée par le corps médical. Elle a l'immense avantage de prendre la globalité d'une prise en charge comme dimension

d'analyse et donc d'impliquer l'ensemble des acteurs, quels que soient leur profession et leur niveau de qualification, dans une démarche qualité vertueuse.

D'autres pays comme les Pays-Bas, par exemple, ont adopté des analyses très différentes. Ils ont surtout axé l'ensemble de leurs procédures de recertification autour de la culture de résultats. Ceci s'est également imposé dans les pays anglo-saxons. Cette culture de résultats s'est initialement heurtée au sacro-saint article du Code de déontologie qui donne à chaque médecin français une obligation de moyens et non de résultats. Seules quelques spécialités comme la chirurgie esthétique ont toujours échappé à cette notion. Toutefois, l'analyse des résultats devient aujourd'hui de plus en plus présente dans les démarches qui ont pris corps dans le monde de la santé. Initialement centrées sur les problèmes des infections nosocomiales, ces démarches prennent aujourd'hui en compte, selon les secteurs considérés, des éléments beaucoup plus variés tels que des résultats biologiques situés dans les cibles des recommandations internationales, des taux de complications ou de réhospitalisation, etc.

La France développe donc une culture originale, basée sur une analyse des procédures dans un premier temps et qui intègre aujourd'hui beaucoup plus une analyse des résultats.

Ceci est indispensable puisque les classifications qui sont mises à disposition du grand public se doivent d'être beaucoup plus transparentes et utilisent largement l'ensemble de ces éléments. Il n'y a qu'à regarder les classifications que l'on retrouve dans des hebdomadaires bien connus qui font un numéro annuel de classification des établissements de soins, thème devenu un marronnier et l'un de leurs numéros le plus vendu.

Quelle place pour la recertification dans ces grandes évolutions ? Il faut d'abord remarquer que le terme « recertification » ne peut en aucun cas être celui qui doit être reconnu et retenu. En effet, la recertification sous-entend que le médecin a d'abord été certifié, ce qui n'est pas le cas, en particulier pour les générations actuellement en exercice. Il s'agit plutôt de garantir au patient que le médecin a effectué une démarche de renouvellement et d'actualisation de ses connaissances, mais également de ses compétences, en l'intégrant dans sa pratique quotidienne. Cette démarche devra faire également l'objet d'une valorisation.

3 – Quelle organisation et quels outils ?

Le socle de toute démarche de recertification doit être celui de la formation initiale du médecin qui a abouti à son diplôme de docteur en médecine. Ce socle commun sera dans les années qui viennent un socle enrichi par le portfolio de l'interne, avec l'ensemble des éléments détaillant la formation initiale qu'il aura reçue.

Cette formation initiale doit s'accompagner d'un véritable parcours professionnel avec une mise à jour de ses connaissances. Un cycle de recertification devra être défini, et une périodicité de cinq à six ans (soit 2 cycles d'obligation triennale de DPC) semble être, à l'heure actuelle, la plus adéquate vu l'évolution des connaissances. Il s'agit bien d'un processus continu, nécessitant la garantie d'un cycle complet de mise à jour des connaissances tout au long de sa vie professionnelle.

Les outils permettant cette actualisation des connaissances sont aujourd'hui multiples :

- La formation médicale continue qui existe de très longue date, et qui permet aux médecins d'actualiser leurs connaissances sous des formes variées : participations à des congrès, des réunions médicales locales ou nationales, des groupes de pairs, des lectures de revues et aujourd'hui, l'e-learning ou les MOCC etc. ;
- L'évaluation des pratiques professionnelle s'est imposée en pratique dans les établissements de soins avec des études de dossiers et de staffs en particulier de RMM, des mécanismes d'auto-analyse, des démarches d'évaluation menées dans des groupes de formation médicale, en particulier dans les groupes de pairs ;
- Le développement professionnel continu (DPC) a permis d'allier la mise à jour des connaissances, donc la formation cognitive, à l'évaluation de la pratique (programmes intégrés). Ce DPC s'est imposé au travers d'une agence nationale, l'ANDPC, avec un financement par la CNAM, et intéresse aujourd'hui l'ensemble des professionnels de santé. Il doit être un élément dans les démarches de recertification mais ne peut pas être le seul ;
- L'accréditation des spécialités à risque est un exemple intéressant : il s'agit d'une démarche conçue par les professionnels concernés qui permet notamment aux anesthésistes, chirurgiens, gynécologues-obstétriciens de conduire leurs propres

programmes d'accréditation sur un site standardisé par la Haute Autorité de Santé (HAS), où ils peuvent analyser les événements indésirables ou les événements porteurs de risques. Ils peuvent également y analyser leurs revues de morbi mortalité. Cette accréditation a notablement diminué la sinistralité des médecins concernés ;

- La certification des établissements de soins s'est maintenant imposée depuis presque 20 ans dans notre pays, induisant des démarches qualité dans l'ensemble des hôpitaux et des cliniques. Cette certification inclut de plus en plus une analyse des résultats, dépassant uniquement les procédures mais intéresse la globalité des équipes soignantes ;
- D'autres mécanismes de labellisation, en particulier sur les normes ISO, ont envahi le monde de la santé, tout particulièrement dans les secteurs médico-techniques (laboratoires de biologie, services d'imagerie médicale...).

D'autres outils devront être intégrés dans cette recertification:

- Des formations cognitives complémentaires réalisées tout au long de la vie professionnelle (diplômes interuniversitaires, diplômes universitaires) ;
- La participation à des réunions entre pairs, telles que les études de dossiers, les staffs, les revues de morbi mortalité ;
- La participation à des registres, à l'enseignement, à la recherche, à des réunions de concertations pluridisciplinaires, l'activité de maître de stage universitaire, etc.

Comment cette recertification doit-elle être organisée pour chaque médecin ?

Nous pensons qu'il faut une double démarche. D'abord une démarche individuelle propre à chaque médecin, mais aussi une démarche d'équipe, à l'heure de la coordination dans la prise en charge du patient.

Cela passera par les nouveaux modèles d'organisation professionnelle territoriale au service des parcours de santé et les systèmes d'information et d'échanges sécurisés entre les acteurs.

Enfin, la « satisfaction patient » sera un élément indispensable sous forme de critères qui définissent comment le patient perçoit la qualité de sa prise en charge.

Chaque processus de recertification devra être élaboré par chacune des spécialités à l'intérieur des Conseils nationaux professionnels (CNP), adapté à chaque exercice particulier.

Mais des dimensions globales « médecins » devront être communes à chacune de ces démarches et elles devront intégrer l'analyse des risques psychosociaux, la participation à des registres, l'intégration de l'innovation dans sa pratique, etc.

Ce processus de recertification doit se faire dans un premier temps de façon volontaire pour l'ensemble des médecins installés, même s'il sera rapidement obligatoire pour les jeunes générations actuellement en cours de formation. Il s'agit d'un processus itératif dont il faudra justifier sa réalisation tous les cinq à six ans. La mise en place sera forcément progressive, étalée sur plusieurs années. En cas d'insuffisance, il faudra alors prévoir un accompagnement personnalisé pour les médecins qui seraient dans ces cas-là.

Quelle évaluation de l'ensemble du dispositif doit-elle être mise en place ?

Il faut d'abord évaluer l'ensemble des organismes qui participent à l'installation de ce processus de recertification : organismes de formation, organismes de certification divers et variés, etc. Il faudra également analyser les impacts sur les usagers, tant en matière de satisfaction qu'en matière de taux de sinistralité pour les patients. A moyen terme il faudra construire une mesure d'impact sur l'ensemble de la population : cela aura-t-il garanti une amélioration globale de la prise en charge par les soignants français ?

4 – Quel financement et quelle valorisation ?

Le financement doit être articulé sur deux niveaux :

- Ce qui relève de choix de santé publique, donc qui est imposé par la tutelle, sur des grandes orientations que les politiques priorisent. Cette partie-là a vocation à être financée par la collectivité, soit par l'Assurance Maladie, comme c'est le cas pour le DPC, soit par des financements issus de fonds nationaux (Santé Publique France) ou régionaux (FIR, etc.) ;

- Les exigences spécifiques à chaque spécialité et à chaque professionnel doivent être financées dans le cadre de l'activité libérale, par le médecin lui-même, et faire l'objet d'un avantage fiscal.

Quelle valorisation le médecin peut-il en attendre ?

Pour la partie organisée par l'État au sens large, le médecin doit obtenir une indemnisation financière, à l'instar de ce qui se réalise pour le DPC. Pour d'autres mécanismes, il peut avoir des avantages comme par exemple l'accréditation des spécialités à risque qui fait l'objet d'une aide financière sous forme d'une prise en charge partielle de l'assurance de responsabilité civile professionnelle.

Pour la démarche individuelle et laissée à la liberté de chacun, la valeur des honoraires doit tenir compte de cette charge supplémentaire, ou faire l'objet d'un financement complémentaire. La recertification pourrait servir à accéder à un secteur d'exercice valorisant le médecin, à l'instar du « secteur promotionnel » qui avait été à l'époque proposée par la CSMF. Il s'agirait d'une possibilité de compléments d'honoraires hors tarifs conventionnels, dans des limites clairement établies initialement par exemple l'accès à l'OPTAM pour les médecins exerçant en secteur 1. Enfin cette recertification doit permettre une évolution de la carrière du médecin.

5 – Qui doit gérer l'ensemble du dispositif ?

Différents acteurs doivent être distingués dans cette recertification :

- L'Université a indiscutablement un rôle majeur dans la formation initiale, et dans la mise à jour des connaissances. C'est la fonction cognitive qu'elle doit assurer. Mais elle ne peut prétendre à gérer l'ensemble du dispositif de recertification : les médecins n'accepteront jamais de repasser des examens tout au long de leur vie professionnelle. Cela éloignerait l'ensemble du processus de l'exercice quotidien du médecin.

- L'Ordre des médecins doit garantir à la population la qualité des médecins inscrits à son tableau: il enregistre donc le titre initial permettant l'exercice médical en France : docteur en médecine. Il doit être le lieu de l'enregistrement, tous les cinq à six ans, de la validation du processus de recertification. Il n'a ni la compétence ni la vocation à être acteur dans la gestion du processus.
- Les Conseils nationaux professionnels (CNP) ou le Collège de Médecine Générale (CMG) ont l'avantage de réunir en leur sein les sociétés savantes et les syndicats professionnels dans chacune des spécialités. C'est dans ce creuset où l'on retrouve la science et la pratique que pourront être élaborés par spécialité les objectifs et les outils spécifiques à chacune des spécialités permettant de garantir le processus. Mais les CNP n'ont ni la structure ni la vocation de gérer ce dispositif de recertification.
- L'Agence nationale du DPC (ANDPC) comporte des éléments importants pouvant abonder la recertification. Elle est dépositaire des formations déjà effectuées par les médecins, elle peut contrôler la qualité de ces formations et des organismes qui les dispensent. Elle fait l'objet d'un financement significatif et réunit en son sein l'ensemble des professionnels de santé. C'est certainement le lieu de dépôt du portfolio. Dans ce portfolio, que l'ANDPC appelle « Document de traçabilité de la démarche individuelle de formation », le médecin pourra consigner toutes les actions de formation, d'évaluation, d'accréditation, tant celles qui sont financées que celles qu'il aura lui-même financées, ainsi que tous les éléments permettant d'accumuler des crédits de formation si l'on adoptait le mode anglo-saxon...Rappelons qu'en Europe du Nord et aux USA le nombre de crédits de formation exigibles par an est de 40 à 50 heures.
- La Haute Autorité de Santé (HAS) est l'acteur qui doit élaborer les conférences de consensus permettant de garantir la mise à jour des connaissances, ou les labelliser lorsqu'elles ont été portées par d'autres structures. Elle est un des acteurs intervenant dans le processus de recertification d'autant qu'elle pourra y contribuer via les outils qu'elle a élaborés, les certifications des établissements qu'elle réalise, ou différents travaux menés en son sein. Agence d'État, elle ne peut pas prétendre à être l'organisme de la recertification, qui doit rester aux mains de la profession, dans tout son dimensionnement.

C'est pourquoi la CSMF propose la **création d'une commission chargée de la recertification des professionnels de santé**, qui garantirait une indépendance de l'ensemble du processus, qui serait donc un « **tiers de confiance** ». Cette commission serait composée de tous les acteurs impliqués (Université, CNOM, ANDPC, HAS, CNP) et de professionnels de santé issus des différents modes d'exercice, subdivisée en deux sous-commissions : l'une pour les médecins et l'autre pour les paramédicaux. Agissant en véritable maître d'œuvre, elle pourrait coordonner l'ensemble du processus, réfléchir à son évolution et à son adaptation dans le temps, être l'instance de liaison avec les différents CNP pour la partie médicale, etc. Ce tiers de confiance pourrait être hébergé et accueilli au sein de la Haute Autorité de Santé.

6 – Quelles sont les conditions de la réussite de la recertification ?

La démarche qualité s'est progressivement imposée en santé, mais l'éducation à cette démarche doit être poursuivie auprès de tous les professionnels de santé quel que soit leur lieu d'exercice.

La recertification ne pourra être adoptée progressivement par tous les médecins à la triple condition qu'elle réponde à trois objectifs :

- Celui de la confiance : tout processus qui n'apparaîtrait pas transparent et qui pourrait s'assimiler à un contrôle administratif ou académique sera immédiatement rejeté ;
- Celui de la valorisation : l'intérêt à agir du médecin doit trouver la juste récompense de ses efforts de façon directe ou indirecte ;
- Celui de l'indépendance de l'ensemble du processus : il doit être géré par la profession, ne pas se retrouver aux mains d'une dérive bureaucratique.

La réussite sera au rendez-vous dans le cadre d'une gestion individuelle de son parcours par chaque médecin, forcément volontairement dans la phase initiale. Elle doit s'appuyer forcément à la fois sur l'évolution des connaissances mais aussi sur la nécessaire application de cette connaissance dans la pratique.

Au final, comme le but de la recertification est essentiellement de garantir un niveau d'exigence de la qualité des soins et de la pertinence des actes à la population et à l'Etat, ce processus pourrait s'intituler :

- « **Certificat d'engagement de qualité et de pertinence** » : **CEQP**
- « **Evaluation de la pertinence et des pratiques professionnelles** » : **E3P**
- « **Actualisation des compétences et des pratiques** » : **ACP**

En conclusion, la recertification va devenir une exigence sociétale ; les médecins doivent s'en saisir, et ne pas la refuser. Mais les conditions indispensables sont aujourd'hui clairement exposées afin d'éviter un nouveau conflit et de permettre à la recertification d'être non pas une contrainte mais un atout pour une meilleure prise en charge des patients à la satisfaction des médecins.