

ACTION
PRATICIENS
HÔPITAL



Certification périodique – Position d'APH

L'ordonnance de 1021–961 du 19 juillet 2021 introduit dans le code de santé publique l'obligation légale, pour certains professionnels de santé, de réaliser tous les six ans un parcours de certification périodique.

Si l'objectif de cette ordonnance peut sembler tout à fait louable en théorie, il se heurte malheureusement à la complexité du sujet et aux échecs successifs des différentes tentatives légales ou réglementaires concernant la formation continue des médecins, le maintien et l'actualisation des connaissances et des compétences comme de l'évaluation de la qualité des pratiques professionnelles.

La formation médicale continue (FMC) a été un échec principalement du fait de son absence de financement.

Le développement professionnel continu (DPC) ne rencontre pas plus un grand succès, en particulier au sein des professionnels de santé exerçant dans les établissements publics de santé et cela pour différentes raisons qui sont : son absence de visibilité, l'incompréhension du système de son financement par les professionnels, un choix de formation qui ne répond pas aux attentes des professionnels hospitaliers, la lourdeur des procédures et la longueur des délais permettant d'obtenir un financement. Le système est tellement incompréhensible que beaucoup d'administrations hospitalières ne l'utilisent pas ou sont très souvent dans l'incapacité de répondre aux médecins quand ils font des demandes pour leur DPC.

Sur le sujet de la certification périodique des professionnels de santé, le rapport du professeur Uzan en 2018 avait émis un certain nombre de recommandations dont certaines ont ensuite été reprises par l'IGAS en 2020. Parmi celles-ci, le souhait de l'ensemble des personnels de santé que la certification périodique soit une démarche simple et ne constitue pas une couche supplémentaire d'un mille-feuille réglementaire déjà très compliqué.

Ce principe simple n'a malheureusement pas été respecté, il suffit de relire l'article L 4022–1 et de le comparer à l'article L4021-1 pour comprendre que la certification périodique n'a finalement qu'un seul objectif, celle de garantir la réalisation du DPC. Les mots utilisés sont les mêmes, il n'y a que l'ordre de ceux-ci qui change. La certification périodique est donc garante de la réalisation du DPC !

Certification périodique :

[Article L4022-1](#)

[Création Ordonnance n°2021-961 du 19 juillet 2021 - art. 1](#)

La certification périodique des professionnels de santé est une procédure **qui a pour objet de garantir :**

- 1° Le **maintien** des **compétences** ;
- 2° La **qualité** des **pratiques** professionnelles ;
- 3° **L'actualisation** et le niveau des **connaissances**.

DPC

[Article L4021-1](#)

[Modifié par LOI n°2016-41 du 26 janvier 2016 - art. 114 \(V\)](#)

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.

Quant aux démarches d'accréditation, très peu d'équipes de praticiens de l'hôpital public s'y engagent faute d'incitations réglementaires ou financières, ce qui n'est pas le cas pour les praticiens exerçant en libéral.

En conséquence de tout cela, la certification périodique sera pour un praticien hospitalier un nouveau parcours du combattant très éloigné de la démarche simple et transparente qui prévalait dans les discussions initiales. **Sans un véritable changement de paradigme dans le fonctionnement et le financement du DPC avec une réelle volonté d'ouverture de celui-ci aux praticiens de l'hôpital public, il sera quasiment impossible pour ces derniers de réunir les actions nécessaires à la réalisation du bloc 1 de la proposition de décret.**

De même, vouloir faire rentrer dans le même cadre réglementaire sans déclinaison spécifique des professions de santé dont le niveau de formation, l'étendue du champ professionnel et le mode d'exercice sont aussi différents entraîne nécessairement une limitation de la portée de la loi du fait de la recherche systématique du plus petit dénominateur commun.

Pour revenir sur la proposition de décret et le texte qui nous est proposé, voici les remarques que nous avons à faire sur les différents points.

Au 2° 2-1

Si on peut comprendre que les médecins et pharmaciens des industries de santé soient exonérés des actions prévues au bloc 3, et encore, les trois autres catégories (cadres de santé, directeur de soins et professionnels de santé journalistes) sont souvent amenées à rencontrer des patients voire à recevoir leurs plaintes. Cela justifie qu'ils soient au contraire formés à cela.

Dans le tableau présenté au III (typologie des 4 blocs).

L'exercice quotidien auprès des patients n'est mentionné dans aucun des blocs ce qui est tout à fait regrettable et contraire à ce qui avait été mis en avant lors de l'écriture des deux rapports ayant précédé la loi. La pratique d'une activité régulière permet d'acquérir de l'expérience, encore plus quand elle est réalisée au sein d'une équipe médicale. Elle permet de confronter ses pratiques avec celle des autres, d'apprendre par le compagnonnage, mais aussi de rencontrer des situations rares et de renforcer ainsi sa propre expérience.

Au bloc 1 :

Nous souhaiterions voir remplacer la phrase « actions menées au titre du DPC et de la FC » par « actions menées au titre du DPC ou de la FC ».

L'exercice quotidien auprès des patients n'est nullement mentionné dans ce bloc.

L'ensemble des propositions d'actions permettront à de nombreux praticiens hospitalo-universitaires de valider sans difficulté ce bloc créant ainsi un déséquilibre notable.

De nombreux praticiens hospitaliers monovalents participent à des activités de recherche et d'enseignement, en particulier dans les CHU mais pas seulement. Pour différentes raisons, ces activités sont très souvent méconnues et toujours très difficile à prouver. Ces derniers auront donc du mal à valider ses actions.

De plus en plus, l'amélioration des connaissances se réalise en autoformation et en distanciel. On trouve sur Internet de nombreuses informations qui permettent d'actualiser ses compétences, c'est d'ailleurs de cette manière que les informations ont circulée très rapidement pendant la crise COVID et que de nombreuses équipes médicales ont pu trouver par ce moyen les informations pertinentes à la prise en charge de ces nouveaux patients. Beaucoup de ces informations sont disponibles gratuitement, sans inscription et il est impossible matériellement d'obtenir la preuve de la réalisation.

Au bloc 2 :

Nous souhaiterions voir remplacer la phrase « actions menées au titre du DPC et de la FC » par « actions menées au titre du DPC ou de la FC ».

L'exercice quotidien auprès des patients n'est nullement mentionné dans ce bloc. Là encore il y a une certaine injustice avec des propositions qui illustrent bien les clivages dans les différentes professions et les modes d'exercice. Les typologies d'action proposées sont totalement ahurissantes et déconnectées de la réalité.

Au bloc 3 :

L'exercice quotidien auprès des patients n'est nullement mentionné dans ce bloc. Là encore, les propositions d'actions sont totalement déconnectées de la réalité quotidienne. Proposer des mises en situations ou des jours rôle à des professionnels qui exercent depuis plus de 20 ans est totalement ridicule. Il en est de même avec le paragraphe « collecte des données de santé ».

Par ailleurs, certaines spécialités médicales ne sont pas directement en contact avec les patients, il faudrait en tenir compte (ex. : biologie médicale).

Au bloc 4 :

APH n'est pas favorable, à l'obligation de déclaration d'un médecin traitant. Aucune profession en France n'est soumise à cette obligation, on ne voit dès lors pas très bien pourquoi seuls les professionnels de santé y seraient soumis.

En revanche APH est favorable à une obligation de suivi par un médecin du travail et une obligation faite à l'employeur de se donner les moyens nécessaires à l'organisation et à la réalisation de ce suivi.

Par ailleurs, APH rappelle qu'un bon équilibre entre la vie professionnelle et la vie personnelle est nécessaire pour se maintenir en bonne santé physique et psychique, que cet équilibre ne peut être obtenu qu'en contrôlant la durée hebdomadaire du temps de travail, que les établissements de santé ont l'obligation depuis quelques années de le faire pour les médecins hospitaliers quel que soit le mode de décompte de leur temps de travail, heures ou demi-journées et que malgré la réglementation très peu d'établissements réalisent ce décompte.

D'autre part, la proposition d'une « souscription à une auto-évaluation sur l'état de santé », nous semble absolument hors-sol et encore plus quand elle s'adresse à des médecins ou d'autres professions de santé. Si nous insistons régulièrement auprès de nos collègues pour un suivi par un médecin traitant c'est que nous connaissons bien les travers, les conséquences et la subjectivité de l'auto-évaluation tout comme de l'auto-prescription et de l'auto-médication. Par ailleurs, la phrase étant totalement floue, nous nous interrogeons sur le respect du secret des informations médicales dans un tel dispositif.

En résumé, APH n'est pas formellement opposé au principe de certification périodique mais fait le constat que le système proposé va entraîner de nouvelles contraintes pour les praticiens hospitaliers alors que la situation démographique est très loin d'être favorable, que la

certification périodique a exactement les mêmes objectifs que le DPC et repose en grande partie sur celui-ci, que le DPC ne fonctionne pas pour les praticiens hospitaliers et qu'il conviendrait grandement de le revoir au préalable.

APH regrette qu'on ne se soit pas inspiré des systèmes de recertification existant dans d'autres professions, en particulier dans celles de l'aéronautique qui ont largement fait leurs preuves depuis de nombreuses années.

APH souhaite l'implication d'autres acteurs, en particulier les représentants des employeurs hospitaliers qui doivent eux aussi prendre leur part de responsabilité dans l'organisation proposée et favoriser l'accès et le financement à la formation continue, au DPC, favoriser, encourager, institutionnaliser et sanctuariser l'ensemble des dispositifs visant à améliorer les pratiques professionnelles (RMM, revues de soins, etc...), s'assurer du respect de la réglementation en vigueur sur le temps de travail médical et enfin s'assurer de la disponibilité d'un service de santé au travail au sein de chaque établissement public de santé.

Pour APH :

Dr Yves Rébufat

Dr Jean-François Cibien

Dr Carole Poupon

Dr Anne Wernet

Contact :

Dr Yves Rébufat

yves.rebufat@snphare.fr

06 86 87 62 76