



TRIBUNE LIBRE

La formation médicale continue, devenue développement professionnel continu et désormais recertification, est en réforme depuis des années. De nouvelles modalités sont-elles en passe de voir le jour ? Un nouveau dispositif doit être lancé début 2027.

Recertification des médecins : faux départ ? vrai pensum ? ou réelle opportunité ?

Voilà des décennies que la question de la formation permanente des médecins – singulièrement pour ceux exerçant « en ville » et qui constituent les deux tiers du corps médical – est évoquée en France dans les cercles professionnels, avec une attention inconstante des pouvoirs publics et un intérêt croissant de la population générale et des associations qui représentent les malades. On peut se demander comment va évoluer cette formation permanente, dès lors qu'elle se trouve intégrée à une procédure nouvelle de recertification.

Rappel sur cinquante-cinq ans (1970-2025) de formation continue

Sans remonter trop en amont, on peut rappeler le rôle initiateur des nombreuses amicales de médecins, souvent animées par une personnalité locale, en relation avec les services hospitaliers de proximité ou avec le soutien des laboratoires pharmaceutiques. Ce foisonnement associatif fut consacré à la fin des années 1970 par Simone Veil, alors ministre chargée de la Santé, avec la création d'une Union nationale des associations de formation continue. Puis, une dizaine d'années plus tard, cette formation médicale continue (FMC) a également bénéficié d'un financement et d'une indemnisation par l'Assurance maladie dans le cadre des accords conventionnels, alors que commençait d'être envisagée une finalité de qualité des soins en complément de l'actualisation des connaissances. Cette qualité de soins devenant un sujet économique et politique, un décret paru au *Journal officiel* a institué une évaluation des pratiques quelques jours avant l'an 2000 – suscitant une défiance des professionnels en exercice – avant de se trouver assimilée dans la formation continue, pour constituer un

Professeur de santé publique, Paris, France

nouvel objet intitulé « développement professionnel continu » (DPC) s'imposant simultanément dans la plupart des pays développés. S'est posée alors la question de l'obligation du DPC (et des menaces de sanction en cas de non-respect de l'obligation) sur laquelle les pouvoirs publics tout comme les instances professionnelles allaient tergiverser pendant deux décennies... même si l'article 11 du code de déontologie des médecins précise de manière quasi immémoriale que « *tout médecin entretient et perfectionne ses connaissances...* ».

Dans la réalité, pendant toutes ces années, une majorité constante de médecins se tenait à l'écart de cet appareil associatif et professionnel de FMC/DPC, assurant sa propre formation permanente en suivant les enseignements postuniversitaires ou par des lectures (revues de formation et publications de recherche clinique), par la participation à des réunions scientifiques et congrès, par des échanges informels entre pairs et plus récemment sur internet, etc. Tout au plus faut-il ajouter que l'évolution professionnelle en cours depuis le début des années 2000, où l'exercice isolé se raréfie alors que les regroupements se multiplient, modifie sensiblement les choses, tant ces regroupements stimulent les échanges permanents d'informations cliniques et l'analyse des pratiques, aussi bien dans des cadres variés, formalisés – comme les réunions de concertation pluridisciplinaire ou encore les groupes de pairs – ou, au contraire, autour d'un café, le tout valant bien une session labellisée « DPC ».

Et puis, dans la mouvance générale du plan « Ma santé 2022 », largement médiatisé dès l'été 2018, une mission ministérielle était constituée pour préfigurer une recertification périodique des médecins. On peut rappeler que cette mission prenait la suite d'un travail préparatoire réalisé à l'initiative du dernier gouverne-

1. NOVEMBRE 2018, UN RAPPORT CONSENSUEL

Un rapport, titré « Exercer une médecine de qualité grâce à des connaissances et compétences entretenues » selon le document de synthèse toujours accessible sur le site gouvernemental (sante.gouv.fr), recherche à l'évidence la plus large acceptabilité possible, s'agissant d'une obligation supplémentaire s'imposant au corps médical.

Cette recherche d'acceptabilité se traduit en particulier par diverses approches, supposées synergiques :

- d'abord, un délai de mise en œuvre avec des échéances lointaines (six à neuf ans) ;
- ensuite, une implication de l'ensemble des parties prenantes, chacune y trouvant matière à sa reconnaissance, l'Ordre – lointain instigateur de la démarche –, les instances et représentations professionnelles, en particulier les « nouveaux » Conseils nationaux professionnels (CNP) [réunissant par

spécialité, sociétés savantes et syndicats libéraux] issus d'une dynamique lancée en 2008 à la Haute Autorité de santé, et l'Université, attentive à pérenniser son influence « tout au long de la vie » ;

- enfin, l'abandon de la menace sanctionnante en cas de manquement à l'obligation, au bénéfice d'un accompagnement (par l'instance ordinale ?) supposé bienveillant.

En elle-même, l'obligation envisagée par le rapport comportait principalement et sans surprise le contenu classique du DPC (connaissances, compétences et qualité des pratiques) auxquelles s'ajoutaient deux nouveautés dans l'air du temps, « relation soignant-soigné » et santé des médecins.

De surcroît, une éventuelle valorisation (à définir) des médecins recertifiés, un moment évoquée en 2018, semble avoir été oubliée par la suite.

ment de la présidence Hollande au tout début de l'année 2017 ; et la continuité était d'autant mieux assurée que, dans les deux cas, le destinataire des lettres de mission des ministres successifs était le même Pr Serge Uzan, doyen honoraire de la faculté de médecine de l'université Paris-VI et conseiller ordinal en exercice. Le calendrier de cette mission préfiguratrice était relativement contraint, les ministres demandant un rapport final pour septembre 2018.

En aval de la remise de ce rapport final (dont le contenu a été évoqué dans *La Revue de Praticien* d'avril 2019¹ et dont les propositions sont rappelées dans l'encadré 1), le principe d'une recertification périodique des médecins – impliquant de fait que la validation du diplôme d'études spécialisées (DES) par l'université valait certification initiale – était acquis et traduit dans des textes légaux successifs (loi relative à l'organisation et à la transformation du système de santé de juillet 2019 et ordonnance de juillet 2021).

En pratique, les pouvoirs publics envisageaient alors – cette recertification intervenant selon une périodicité de six années – une mise en route du dispositif en janvier 2023, conduisant au prononcé des premières recertifications avant 2030.

Mais les vicissitudes de la vie politique, les nécessaires mobilisations des représentations professionnelles ou les cheminements administratifs ont retardé les choses puisque Serge Uzan, toujours impliqué et désormais représentant de l'Ordre des médecins au tout nouveau Conseil national de la certification périodique, vient d'annoncer au printemps 2026 un report vraisemblable de l'entrée en vigueur du dispositif au 1^{er} janvier 2027, ce qui conduirait à une première échéance à la fin de l'année 2032 (encadré 2).

2. PARCOURS MINIMAL D'UN RECERTIFIÉ

Dans le délai des six années imparties, le candidat à la recertification doit avoir accompli et satisfait à huit actions ou programmes proposés par les prestataires opérant pour sa spécialité d'exercice et répartis selon les catégories suivantes :

- deux étiquetées « connaissances » ;
- deux étiquetées « qualité des pratiques » ;
- deux dédiées à la « relation soignant-soigné » ;
- deux consacrées à la (bonne) santé du médecin.

Ce niveau d'exigence minimal peut se trouver encore simplifié par d'éventuels actions ou programmes couvrant deux ou même davantage des quatre catégories identifiées.

Les deux premières (connaissances et qualité des pratiques) de ces quatre catégories constituent à l'évidence le « gros » du contenu de la certification. Elles correspondent exactement à ce qui était identifié depuis plusieurs années comme le développement professionnel continu (DPC) et pour lequel une agence nationale (ANDPC) avait été créée en 2017, principalement pour attribuer les agréments aux programmes – rôle sensible et souvent motif à controverses – et pour gérer les financements dédiés à la création de ces programmes et à l'indemnisation des praticiens. Ce DPC se trouvant maintenant intégré dans une démarche plus « large » de recertification, la fermeture prochaine de l'ANDPC a été annoncée ; ses missions semblent devoir être reprises par la Haute Autorité de santé et les services de l'État.

S'agissant d'une mesure – la recertification périodique des médecins – ambitionnant d'apporter aux patients un surcroît de garantie sur la qualité et la sécurité des soins* qu'ils reçoivent, on peut s'interroger sur le délai de mise en œuvre qui fait qu'en partant d'un rapport préfigurateur plutôt consensuel remis en 2018, il faudra attendre quinze années pour commencer à observer l'effectivité du dispositif ; alors que tout au long de ces mêmes quinze années, les conditions d'exercice des médecins et l'accès aux soins se seront profondément modifiés jusqu'à, très vraisemblablement, revoir radicalement les possibilités d'actualisation et d'utilisation des nouvelles connaissances et compétences. Si bien qu'on peut se demander si la mise en œuvre annoncée d'une procédure de recertification ne va pas se solder par une sorte de « faux départ » ?

Brève histoire de la recertification

Même si divers pays ont envisagé ou mis en place un cadre réglementaire pour assurer une recertification des médecins, c'est en Amérique du Nord et singulièrement dans les États américains que la démarche a été la plus documentée (et où elle constitue d'ailleurs un marché lucratif mobilisant des budgets considérables**).

Ainsi, l'*American Board of Ophthalmology* institué le premier, en 1916, sur une base volontaire, est une certification professionnelle qui perdure encore aujourd'hui. Puis, à l'instigation des *24 American Board of Medical Specialties* (ABMS) et de l'*American Board of Internal Medicine* (ABIM) qui exerce un leadership sur ces questions, en particulier pour représenter près de la moitié des 700 000 médecins exerçant aux États-Unis, la certification initiale s'est généralisée... jusqu'à la fin des années 1960 où l'ABIM a avancé le principe d'une validité temporaire de la certification initiale, ouvrant ainsi la porte à la recertification. Et c'est à partir de 1990 qu'une périodicité de sept à dix ans a été instituée, sans pour autant être rigoureusement mise en œuvre dans chacun des États américains, ni dans chacune des spécialités.

Cette évolution traduisait en réalité une puissante motivation d'autorégulation professionnelle, les *boards* de chaque spécialité percevant fortement l'intérêt de « garantir » les services de chaque médecin adhérent. De surcroît, la (re)certification a été soutenue dès les années 1950 par les compagnies d'assurances (et par certains hôpitaux employeurs) qui y voyaient un moyen de faire travailler préférentiellement les médecins présentant les meilleures garanties de connaissances/compétences dans un marché nécessairement « concurrentiel ».

Pour mémoire, les principales étapes de l'évolution des procédures de (re)certification aux États-Unis sont rappelées dans le **tableau**.

Pour compléter cet historique, on doit relever certains aspects généralement considérés comme des inconvénients des procédures de recertification. Ces inconvénients (« *burdens* ») sont attestés par de nombreuses

* De même que le « docteur junior » et plus généralement les conditions de validation des internes en fin de formation (valant certification initiale) et qui visent à mieux garantir les prestations offertes par les nouveaux diplômés, tout cela permettant aux politiques d'afficher leur vigilance à une nécessaire sécurité des soins.

** En France, et toutes proportions gardées, ce seraient environ 40 000 à 50 000 emplois reliés au DPC selon le Dr Ortolan (qui présidait un conseil de la défunte Agence nationale du DPC).

*** Avec une attention particulière aux nombreux commentaires de lecteurs qui réagissent à ces publications et qui donnent une image préoccupante des réalités du terrain.

TABEAU . PRINCIPALES ÉTAPES DE L'ÉVOLUTION DES PROCÉDURES DE (RE)CERTIFICATION PAR L'AMERICAN BOARD OF INTERNAL MEDICINE (ABIM)

1936	Premier examen de certification
1946	Questions rédactionnelles remplacées par des questions à choix multiples (QCM)
1968	L'ABIM affirme le principe de la validité temporaire de la certification initiale
1990	La durée de validité des nouveaux certifiés est limitée à dix ans
2005	L'auto-évaluation des pratiques cliniques est introduite
2006	Tous les examens (QCM) passent sous format informatique
2014	La procédure encourage la continuité de l'engagement plutôt que la périodicité

D'après la réf. 4.

publications, quelquefois polémiques, singulièrement depuis les années 2010, principalement dans le *JAMA*, le *New England Journal of Medicine* et les *Annals of Internal Medicine*, trois des revues « généralistes » les plus renommées (et à *impact factor* élevé) de la presse médicale scientifique internationale*** ; pour résumer la teneur de ces publications, il suffit de relire l'éditorial³ signé par John K. Iglehart, correspondant national du *NEJM* pendant vingt-sept années, dans lequel il questionne la recertification par l'ABIM pour maintenir la compétence des médecins américains.

D'abord, et spécifiquement aux États-Unis, de nombreux médecins dénoncent le coût financier important – à la charge des médecins, contrairement à la situation française – des procédures ainsi que leur caractère excessivement « *time consuming* » pour des praticiens souvent exposés au risque de burn-out, tout comme en France. Tout cela a conduit, depuis 2015, les *boards* à simplifier autant que possible les procédures et à assouplir les contraintes. Pour autant, et en dépit des exigences des assureurs et des employeurs, de nombreux médecins tergiversent et repoussent leur entrée dans la procédure... jusqu'au-delà des limites. Cette vague de contestations a même conduit à l'émergence de nouvelles organisations professionnelles plus « conciliantes » pour accorder une recertification.

Ensuite, y compris dans des travaux promus par les *boards* et les organismes effecteurs, les preuves d'une efficacité de la recertification en matière de qualité et de sécurité des soins sont pour le moins ténues, irrégulièrement retrouvées et inconstantes ou fluctuantes ; une des explications avancées étant que les programmes proposés d'actualisation des connaissances et compétences ne sont pas pertinents au regard de l'exercice clinique quotidien des praticiens. Il est également vrai

que les évaluations de qualité/sécurité des soins restent trop souvent soumises à trop de variables, ce qui compromet la démonstration d'une relation de cause à effet.

Enfin, les procédures de recertification portent en elles-mêmes, avec leur périodicité (six, sept, neuf ou dix ans), le germe de leur insuffisance. Ainsi, l'ABIM a noté que la quasi-totalité des candidats à la recertification attendait la huitième ou la neuvième année d'un cycle de dix ans pour débiter les formations et évaluations et que, l'obstacle aussitôt franchi, toutes les étapes d'actualisation prescrites étaient négligées jusqu'à l'approche du terme de la période suivante. De là la volonté récente des *boards* d'instituer des programmes continus, garants de l'engagement permanent de chaque médecin, mais cela suppose un suivi et un accompagnement qui mobilisent et surchargent à l'excès le quotidien des cliniciens jusqu'à sombrer dans une bureaucratie tatillonne. On peut regretter que tous ces dispositifs visent individuellement chaque médecin, alors qu'il est de plus en plus universellement admis que ce sont les coopération et coordination entre différents professionnels qui génèrent la plus grande qualité/sécurité des soins et que la certification « d'équipe » devrait sans doute être promue.

Bref, on peut le craindre, la recertification peut être perçue comme un véritable pensum par ceux auxquels elle s'applique.

Perspectives d'une réelle opportunité éventuelle

Dès lors que les annonces sont faites, les textes réglementaires parus, et le catalogue des programmes à suivre pour satisfaire à l'obligation disponible, le lancement du dispositif devient très probable selon le calendrier envisagé, c'est-à-dire début 2027 pour l'ouverture et 2032 pour la première échéance.

Et, à ce jour, deux conditions apparaissent déterminantes pour que le dispositif se déploie harmonieusement. La première réside dans la meilleure fonctionnalité du système d'information qui devra être mis en œuvre (développé en annexe du Répertoire partagé des professionnels intervenant dans le système de santé [RPPS] ?) pour suivre et valider le « parcours » de chaque médecin tout au long des six années ; cela devrait se faire simplement, automatiquement et sans aucune surcharge « administrative » pour chaque praticien de terrain ; il n'y a donc pas de nécessité à créer un service dédié et à recruter des personnels pour gérer cette fonctionnalité.

La seconde – primordiale – concerne les programmes que les médecins auront à choisir et à suivre pour satisfaire à l'obligation. Il est essentiel que ces programmes soient aisément accessibles, attrayants, autant que possible inventifs et surtout simples et pertinents face à la pratique professionnelle de chaque médecin.

Alors, dans ces conditions, et si les programmes permettant de satisfaire à l'obligation de recertification s'intègrent aisément dans l'exercice clinique quotidien des médecins et leur paraissent utiles, la recertification pourrait constituer une réelle opportunité. ●

RÉFÉRENCES

1. Chabot JM. Recertification : un rapport consensuel... *Rev Prat* 2019;69(4):365-6.
2. Chabot JM, LeMoign R. Vers les Collèges de bonnes pratiques. *Profession Médecin*. octobre 2008;4-6.
3. Iglehart JK, Baron RB. Ensuring physicians' competence. Is maintenance of certification the answer? *N Engl J Med* 2012;367:2543-9.
4. Chabot JM. MOC (maintenance of certification) : une bonne idée, mais... *Rev Prat* 2014;64(10):1429-30.



1er Colloque de la Structure d'Expertise et de Ressources Diabète IDF

**SAVE
THE
DATE**

Diabète et vulnérabilités

Conférences, Tables rondes et ateliers

Jeudi 19 novembre 2026, 9h - 17h

**📍 Patchwork Montholon :
26 rue de Montholon - 75009 Paris**

Inscription :

