
Relevé de décisions du CNP-SP

Mercredi 17 octobre 2012

de 10h00 à 12h00

AP-HP



Présents : Georges Borgès Da Silva (Anasys), Catherine Cecchi (SRSP LR), Stéphane David, Frédéric Dugué (CLISP), Anouk Haeringer-Cholet (AMISP), Nadine Labaye-Prevot (ASCOMED), Flore Lecomte-Aumaître (SFSP), Vincent Leroux (SFSP), Pierre Lombrail (SFSP), Jacques Weissenburger (AFGRIS), Faouzia Perrin (Méditoriales).

Excusés : Patrice François (CUESP), Louis Lebrun (Syndicat DIM et SNSP), François Petitjean, Catherine Quantin, Gwenaëlle Vidal-Trecan.

A l'ordre du jour :

- Point d'actualité
- Orientations du CNP de santé publique et des besoins en DPC

Point d'actualité

Le dernier CA de la FSM a eu lieu le 12 septembre.

- Les actes des journées de printemps de la FSM ont été édités (Cf. annexe). Les diaporamas sont disponibles sur : <http://www.specialitesmedicales.org/journee-de-printemps>
- Commission Scientifique Indépendante (CSI)

La création de la CSI est toujours en attente en raison de la place des médecins généralistes en son sein.

- Déclaration d'intérêt (DI)

La DI est en ligne, disponible sur le site de la FSM. Le CNP de santé publique avait participé au test du dispositif et contribué aux améliorations. La FSM demande désormais que les membres des CNP, et au moins leur bureau, mettent leur DI en ligne (<http://www.specialitesmedicales.org/declaration-dinteret-de-la-fsm/declaration-dinteret>). Cette déclaration oblige à connaître son RPPS et s'identifier à une spécialité. Cette DI permettra à chaque CNP d'avoir son annuaire.

Les membres de la commission sont donc invités à remplir leur DI en ligne.

- La FSM a passé convention avec plusieurs organismes (IGAS, INVS, ASIP, etc.) et devient identifiée comme acteur de la représentation professionnelle et lieu d'identification des expertises.
- Création des ODPC de spécialité ?

Tous les CNP se posent actuellement la question de créer des ODPC. Certains y ont déjà répondu favorablement (notamment les spécialités cliniques), mais des questions se posent sur la gouvernance et les liens d'intérêts.

Le CNP de santé publique est donc invité à répondre à 3 questions :

- Quels sont les fiches métiers, les programmes de formation à développer ?
- Quels sont les besoins du DPC ?
- Créons-nous un ODPC de santé publique ?

La FSM s'est saisie des questions juridiques liées à la création de ces ODPC. Plusieurs statuts sembleraient possibles (association, groupe coopératif, ...). Certains CNP possédaient déjà une branche formation et se posent la question de scinder ces activités.

Faouzia Perrin rappelle qu'un état des lieux de ce qui existe est le préalable avant de se poser la question de la création d'un ODPC. La multiplicité de ce qui existe inciterait plutôt à unifier ou tout au moins à fédérer les offres existantes.

L'enjeu est de clarifier et simplifier, tout en étant garant de l'indispensable pluridisciplinarité des offres.

La SFSP est particulière car

- notre CNP est « hébergé » par la SFSP (association représentative, mais qui comprend des professionnels autres que les médecins). Nous ne répondons pas aux critères de la charte des CNP médicaux car la gouvernance du CNP peut être mise en cause par le CA de la SFSP. Cette charte est en cours de révision à la FSM. La SFSP et le CNP de santé publique doivent donc définir l'indépendance du CNP à mettre en place. Nous ne savons pas non plus si nous aurons une dérogation de la FSM pour continuer à fonctionner ainsi. L'un des moyens de contourner le problème et montrer le sens d'avoir le CNP de santé publique au sein de la SFSP, serait de créer en notre sein les CNP SP des autres professions concernées.

Catherine Cecchi propose de s'appuyer dans les argumentaires en faveur de la pluridisciplinarité sur l'évolution des URML vers les URPS.

L'ANFH sera sans doute le seul OPCA pour les hospitaliers publics. La même question en faveur de la pluri professionnalité se pose, notamment pour la santé publique. Mais l'offre de formation et surtout d'évaluation des pratiques professionnelles est pauvre en santé publique. De plus, un praticien clinique qui aurait aussi une activité santé publique a tout de même intérêt à s'inscrire au CNP de sa pratique clinique car en cas d'erreur médicale ou d'accident, il aura à prouver qu'il a maintenu à jour ses compétences. Quelle peut être la valeur ajoutée du CNP de santé publique pour que les hospitaliers souhaitent y adhérer ?

Le cycle vertueux de la FMC pourrait nous inspirer. Notre CNP doit définir le corpus de méthodes et la culture pour que les fiches métier et les besoins de DPC en soient issus. Une aide à l'orientation des professionnels dans leur parcours de DPC est à faire.

Des outils existent dans d'autres applications et pourraient inspirer. Sont cités les auto-évaluations utilisées par l'EHESP pour la formation des médecins et le référentiel de compétences des internes en santé publique réalisé par le CLISP, le CUESP et le CIMES (annexe au compte-rendu CNP du 11 février 2011).

Nadine Labaye-Prevot signale que le ministère est en cours de constitution des référentiels métiers et de formation pour les médecins scolaires. Pour mémoire, les référentiels métiers sont à transmettre à Flore Aumaître qui collecte.

Orientations du CNP de santé publique et des besoins en DPC

Georges Borgès Da Silva a proposé un texte au groupe pour définir les besoins de DPC en santé publique qui devront être transmis à la CSI. Le texte a été construit sur la définition de notre profession, les valeurs partagées, la vision de l'histoire de la médecine et la culture de la profession qui amènent à des besoins semblables de formation et d'évaluation.

Georges Borgès Da Silva a proposé sa propre vision pour faire réagir et que le CNP SP puisse arriver à une définition consensuelle des besoins.

Plusieurs remarques sont proposées par les membres présents du groupe qui saluent le travail effectué par Georges Borgès Da Silva. Les remarques émises sont indiquées ci-dessous, mais il est convenu que chacun adressera par écrit ses propositions d'ajout/modification à Georges Borgès Da Silva qui en réalisera la synthèse.

Remarques d'ordre général :

- Les 5 axes pour les médecins de santé publique du Conseil de l'ordre seraient utile à mentionner.
- Le travail avec la population doit figurer explicitement.
- Les notions d'éthique et de parcours de santé pourraient aussi figurer dans le texte.

Chapitre « Définition de la profession » :

Le contenu du chapitre correspond à une définition du champ de la santé publique plutôt qu'à la définition de la profession.

L'approche communautaire mériterait d'être complétée par l'approche populationnelle et l'approche territoriale de la santé.

Le rôle d'interface, de coordination des acteurs mériterait d'être précisé.

Chapitre « Des valeurs partagées » :

« Pertinence et cohérence » pourraient être ajoutés aux mots clés, notamment pour les politiques publiques de santé mises en place pour les populations.

Chapitre « Une vision historique commune de la pensée médicale » :

La fin du chapitre 3 gagnerait à être enrichie des pratiques internationales et de l'ouverture qui y est faite dans certains à la promotion de la santé. La situation décrite est propre à la France.

Chapitre « Une activité basée sur des données probantes » :

Le « tout données probantes » est à relativiser pour que les sciences humaines et politiques soient intégrées. Les interfaces nécessaires avec les sciences de l'éducation, de l'information, de la communication, les sciences des ingénieurs, l'opinion doivent figurer. Les connaissances venant de l'expérience doivent aussi être intégrées dans la définition du corpus de connaissance qui doit être amené, vu le déficit de capitalisation dont souffre la santé publique (défaut de recherche sur certains aspects et défaut de publication).

Chapitre « Les questionnements consuméristes interpellent la santé publique » :

Ce chapitre fait débat. Certains pensent que le rôle de la santé publique est de questionner la place du citoyen dans le système. D'autres pensent que lorsqu'il n'est pas usager du système, il est un citoyen dont la représentation est déjà prévue au niveau politique.

Par ailleurs, il pourrait être utile de clarifier le texte pour ne pas amener de confusion entre démocratie sanitaire et droit des malades.

Chapitre « Nouvelles modalités de formation » :

Avoir des responsabilités dans la conduite d'actions de santé publique ne peut-il être considéré comme un mode d'évaluation ?

Il est convenu que :

- Les fiches métiers non transmises le soient au plus vite à Flore Aumaître.
- Le « Google group » avec toutes ces fiches sera ouvert pour que le travail sur les fiches puisse se poursuivre à distance.
- Chacun transmet ses propositions d'ajouts/modifications au texte proposé par Georges Borgès Da Silva.
- Mettre la charte de la FSM à l'ordre du jour d'un prochain Conseil d'administration de la SFSP

Prochaine réunion : le 10 janvier 2013, de 10H à 12H, Paris (salle de réunion de la FNORS)