

L'avenir de l'Agence Nationale du Développement Professionnel Continu

Mission complémentaire

DECEMBRE 2024

2024-041R

• **RAPPORT**

Erik
Rance

Marc
Penaud

Membres de l'Inspection générale
des affaires sociales



Suivez-nous sur LinkedIn

RAPPORT

SYNTHÈSE

[1] Depuis 2009, les vingt-huit professions de santé définies par le Code de la Santé Publique, représentant 1,9 millions de professionnels, sont soumises à une obligation commune de maintien des connaissances et d'amélioration des compétences professionnelles à travers le développement professionnel continu (DPC). Il s'agit d'un dispositif dérogatoire au droit commun de la formation continue, qui couvre non seulement la formation continue, mais aussi l'évaluation des pratiques professionnelles et la gestion des risques instaurées en 2004. Il prend place aux côtés de deux autres dispositifs déjà existants : la certification des établissements de santé instaurée en 1996, et l'accréditation individuelle ou collective des médecins exerçant l'une des dix-neuf professions à risque, mise en place en 2004.

[2] Le DPC est piloté depuis 2016 par l'Agence Nationale du DPC (ANDPC), GIP constitué de l'Etat et de l'assurance-maladie auprès duquel est placé le Haut Conseil du DPC (HCDPC). Si elle est en charge de la définition du DPC, de la fixation de ses orientations et du suivi de l'obligation pour tous les professionnels de santé, cette agence a également pour mission spécifique de financer seulement les professionnels libéraux et les salariés des centres de santé, soit 453 800 personnes. La mission constate que l'ANDPC n'a pas su accompagner la généralisation du DPC. Ainsi, seuls 100 186 professionnels des 453 800 relevant de l'Agence ont validé leur DPC sur la période 2020-2022, soit 22 % d'une population qui elle-même ne représente qu'un quart environ du total des professionnels de santé. Même si les chiffres concernant les salariés ne sont pas connus, ces derniers n'ont aucune incitation à déclarer leurs actions de DPC, ce qui conduit à conclure que la proportion est encore moindre auprès des salariés, alors qu'ils représentent 75 % des professionnels de santé.

[3] Ce très faible niveau d'atteinte de la cible s'explique par un cumul de contraintes imposées par l'ANDPC : amenée à gérer l'enveloppe fermée versée par l'assurance maladie, elle doit en réguler la consommation d'une part en contingentant la demande par des orientations prioritaires éloignées des préoccupations de professionnels et cloisonnées, d'autre part en agissant sur l'offre de formation par une procédure lourde d'enregistrement des organismes et de validation a priori des actions. Pour autant, l'ANDPC est dotée de moyens non négligeables qui auraient pu être mieux mis au service d'améliorations qu'elle a tenté de porter, mais un climat de défiance durable s'est installé entre l'Agence et de nombreux acteurs.

[4] Dans le même temps, l'ordonnance du 21 juillet 2021 a mis en place une nouvelle obligation, la certification périodique (CP), qui concerne uniquement les professions à ordre représentant néanmoins plus de la moitié des professionnels de santé (1,125 millions de personnes) et bouscule les dispositifs existants de deux façons : d'une part par l'étendue de son champ, qui couvre les champs des obligations du DPC et de l'accréditation mais ajoute deux autres axes : les relations avec les patients, et la santé du professionnel de santé ; d'autre part, par la sanction ordinaire mise en place en cas de non-respect de l'obligation.

[5] L'obligation consiste pour les professionnels à ordre à réaliser, sur un cycle de six ans, au moins deux actions prévues dans chacun des quatre blocs soit au minimum huit actions. La durée est étendue à neuf ans pour les professionnels déjà en exercice au 01/01/2023, puis reviendra à six ans dans une deuxième vague de certifications.

[6] Contrairement au système des orientations prioritaires de l'ANDPC, la CP repose sur un principe nouveau : les référentiels des actions de certification périodique des professions de santé à ordre, établis par les Conseils Nationaux Professionnels et les Commissions Professionnelles, définissent les moyens d'atteindre les objectifs de chacun des quatre axes de certification.

[7] A l'inverse du DPC géré par une agence, la certification périodique est pilotée par un conseil, le Conseil national de la certification périodique (CNCP) dépourvu de moyen en propre. Dans ce dispositif, la HAS joue un rôle moins important que suggéré dans les rapports préparatoires. Elle reste une agence extérieure au dispositif, chargée de proposer au ministre en charge de la santé la méthode d'élaboration des référentiels de CP après avis du CNCP. Elle peut être sollicitée par le ministre en charge de la santé pour avis lors de l'élaboration des référentiels mais dans des conditions relevant de l'exception selon les dispositions prévues mais non encore publiées. Chargés du contrôle de l'obligation, les Ordres délivrent la certification ou mettent en œuvre des sanctions en cas de non-certification, et accompagnent les professionnels tout au long de la période.

[8] Si la CP constitue une obligation nouvelle, très complète et sanctionnée, elle a été mise en œuvre à compter du 01/01/2023 sans être prête, laissant des points majeurs en suspens : les projets de référentiels ne sont pas harmonisés et ne prévoient pas de pondération entre actions de portée pourtant très variable ; l'indépendance dans la définition des objectifs scientifiques des actions est insuffisante puisque c'est sous l'égide de la même entité – le CNCP – que sont produites les orientations stratégiques, les orientations scientifiques, les référentiels et les actions ; plusieurs textes réglementaires nécessaires à la mise en œuvre effective du dispositif ne sont toujours pas publiés ; le développement du système d'information dédié est en attente d'arbitrages ; le pilotage par l'Etat, faute de moyens, est insuffisant ; les modalités et moyens de contrôle ne sont pas prévus par les textes.

[9] Pour améliorer la lisibilité et la rationalité de ce paysage morcelé, la mission considère nécessaire de supprimer pour les professions à ordres l'obligation de DPC, qui sous réserve d'aménagements, doit être maintenue pour toute ou partie des professions sans ordre.

[10] Avec des biais méthodologiques inhérents à une information fragmentée, encore incomplète et non harmonisée entre les financeurs, la mission a évalué la soutenabilité financière de la CP. Sous réserve de l'éligibilité de l'intégralité du financement actuels des actions de DPC des professions à ordre aux actions de CP, évalué à 438 M€ en 2023 hors études promotionnelles et Compte de Formation Professionnelle, la mission considère, sur la base de coûts moyens pondérés des actions payantes en 2023, que les financements sont susceptibles, en l'état, de financer sur six ans en moyenne entre 3 et 4 actions payantes par professionnel à ordre sur les huit obligatoires, les autres actions proposées dans les référentiels non encore validés n'étant pas payante. Pour assurer la soutenabilité financière du dispositif, il est toutefois nécessaire de créer un droit de tirage pour chaque professionnel afin de suivre les montants engagés destinés au financement des actions payantes. La mission propose par ailleurs des pistes d'efficience applicables tant en matière de DPC que de CP. Afin de mettre un terme à la convergence des

contraintes subies par l'actuelle ANDPC, la mission propose de revoir le circuit du financement assuré par l'Assurance Maladie, qui doit être assuré directement à chacun des financeurs sans passer par une agence. La mission suggère par ailleurs de maintenir une attention particulière à la prévention des conflits d'intérêt, pivot de la crédibilité de l'ensemble des dispositifs de DPC et de CP.

[11] La mission propose d'harmoniser les outils de régulation de la CP et du DPC en ne maintenant, pour les deux dispositifs, qu'un nombre restreint d'orientations de santé publique et en demandant aux CNP d'élaborer, à l'instar de ce qu'ils font pour la CP, des référentiels d'actions de DPC, ces dernières devant faire l'objet d'une pondération par points. Les conditions d'éligibilité des actions doivent être revues et harmonisées. De même, elle propose que les différents financeurs de la CP et du DPC bâtissent ensemble un label commun d'agrément des organismes dispensant les actions de CP et de DPC.

[12] Dans l'objectif de mettre en place un pilotage intégré de la CP et du DPC, la mission considère que l'ANDPC ne peut être maintenue en l'état. Elle propose donc trois options de réorganisation :

- confier le pilotage et l'évaluation des actions des deux dispositifs à un nouvel établissement public en remplacement de l'ANDPC, déchargé du financement, laissant subsister le Haut Conseil du DPC et le CNCP pour le pilotage stratégique ;
- confier ce pilotage à un Service à Compétence Nationale placé auprès du ministère de la santé, maintenant également le HCDPC et le CNCP ;
- transférer le pilotage à la Haute Autorité de Santé. Cette dernière option lui semble la plus adaptée, dans l'objectif d'une cohérence entre les missions déjà exercées par la HAS en matière d'évaluation, de certification des établissements de santé et d'accréditation des professions à risque, et les objectifs du DPC et de la CP. Cette option nécessite de réaliser un transfert de moyens à la hauteur des enjeux de façon à s'assurer de la réactivité de l'institution.

[13] Dans tous les cas, ces évolutions requièrent des dispositions de nature législative qui, selon la mission, doivent être prises à brève échéance sauf à demeurer durablement dans un dispositif déséquilibré et à ébranler la confiance des professionnels et des patients.

[14] La mise en œuvre des recommandations exige une gestion de projet ambitieuse, la désignation d'un préfigurateur de la nouvelle structure à mettre en place, et le report de la date initiale de début de l'obligation de certification périodique, qui court depuis le 01 janvier 2023, à une date à concerter entre le ministère de la santé, la HAS, les CNP et les Ordres.

RECOMMANDATIONS DE LA MISSION

n°	Recommandation	Priorité	Autorité responsable	Échéance
Rationalisation des dispositifs				
1	Supprimer l'obligation de DPC pour les professions à ordre - nécessite une disposition de nature législative	1	Ministre de la santé	2025
2	Maintenir l'obligation de DPC pour les professions sans ordre - nécessite une disposition de nature législative	1	Ministre de la santé	2025
4	Etudier pour les professions n'ayant pas d'offre d'actions d'évaluation des pratiques professionnelles les moyens de développer cette offre, et de façon transitoire de limiter le DPC à la formation continue - nécessite une disposition de nature législative	1	Ministre de la santé	2025
5	Aligner les durées des cycles de certification périodique, de DPC et d'accréditation des spécialités à risques sur une durée de six ans - nécessite une disposition de nature législative	2	Ministre de la santé	2025
10	Homogénéiser les définitions utilisées par l'Etat, les CNP, les ordres, la HAS et les financeurs afin de pouvoir réaliser un suivi des actions et des financements	2	DGOS en concertation avec les différents opérateurs	2025/2026
Régulation des dispositifs				
3	Modifier en profondeur le système des orientations prioritaires, en confiant aux CNP la rédaction des référentiels de DPC dans le respect d'orientations définies par le Haut Conseil du DPC et/ou la HAS selon l'organisation retenue - nécessite une disposition de nature législative	1	Ministre de la santé	2025
6	Définir dans des référentiels suffisamment précis les actions validantes et leurs conditions d'éligibilité pour pouvoir réaliser des évaluations a posteriori et pouvant donner lieu à des sanctions	1	Conseil National de la Certification Périodique et Haut Conseil du DPC	2024/2025
7	Confier à la nouvelle entité en charge de la qualité de la certification périodique et du DPC l'élaboration d'un label commun de référencement des organismes habilités à mener ces actions. Ne pas y soumettre les universités qui sont déjà évaluées par une autorité publique indépendante – nécessite une disposition législative	2	Nouvel organe, en fonction de l'organisation qui sera retenue	2025/2026

n°	Recommandation	Priorité	Autorité responsable	Échéance
8	Evaluer a posteriori et de façon ciblée les actions de certification périodique et de DPC et ouvrir la possibilité de réaliser des évaluations sur place - nécessite une disposition de nature législative	2	Nouvel organe, en fonction de l'organisation qui sera retenue	2025/2026
9	Faire assurer par des organismes différents le financement, la définition des référentiels et des actions, et les opérations d'évaluation et de contrôle.	1	Ministre de la santé	2025
15	Mettre en place des évaluations de l'impact médico-économique des différents dispositifs de maintien et d'amélioration des compétences	2	DGOS en concertation avec les différents opérateurs	2026
Financement des dispositifs				
11	Réduire le coût unitaire des actions payantes, afin d'augmenter le nombre d'actions susceptible d'être financées	1	DGOS en concertation avec les différents opérateurs	2025
12	Verser directement les financements de l'Assurance Maladie dédiés aux professionnels libéraux aux FAF PM et au FIF PL, et les financements complémentaires dédiés aux professionnels salariés à l'ANFH et à l'OPCO Santé - nécessite une disposition de nature législative	1	Ministre de la santé	2025
13	Définir la cible de validation de la CP sous forme de points à atteindre, et pondérer les actions en leur affectant des points.	1	DGOS	2025
14	Attribuer un droit de tirage financier individuel sur six ans à chaque professionnel de santé pour financer les actions payantes	1	DGOS	2025
Conduite de projet				
16	Après concertation, arbitrer un nouveau schéma d'organisation unifié pour la CP et le DPC entre les trois options : 1/ transformation de l'ANDPC en établissement public ; 2/ transfert des moyens et des compétences de l'ANDPC à un service à compétence nationale rattaché au ministre de la santé ; 3/ (scenario privilégié par la mission) transfert des compétences à la HAS, et des moyens nécessaires	1	Ministre de la santé	2025
18	Reporter le début de l'obligation de la CP du 01 janvier 2023 à une date à concerter entre le ministère de la santé, la HAS, les CNP et les Ordres.	1	Ministre de la santé	2025

n°	Recommandation	Priorité	Autorité responsable	Échéance
17	Signer la convention DGOS/ANS sur la base d'un nouveau cahier des charges au plus tard à la fin du premier trimestre 2025, afin de finaliser le compte individuel de CP	1	DGOS	2024/2025
19	Arbitrer le niveau d'exigence des référentiels de la CP	1	Ministre de la santé en lien avec le CNCP, le HCDPC et la HAS	2025
20	Renforcer les moyens de la DGOS par un redéploiement d'une partie des actuels moyens de l'ANDPC ; mettre en place une gestion de projet ambitieuse et outillée ; désigner un préfigurateur de la transformation de l'actuelle ANDPC	1	DGOS	2024/2025
21	Prévoir une communication large et constante par différents canaux	2	Ministre de la santé en concertation avec les différents opérateurs	A partir du choix d'organisation qui sera retenu

[15] Commentaire concernant le tableau des recommandations :

- La majorité des recommandations nécessite une disposition de nature législative car, bien que déjà mis en œuvre, les dispositifs actuels ne sont pas complets ni suffisants.
- La nécessité urgente de modifier les dispositifs actuels impose que ces dispositions soient prises dès 2025, éventuellement par ordonnance après habilitation législative, après qu'un choix aura été fait sur une organisation cible parmi les options proposées par la mission (Cf : recommandation 16). Pour autant, des mesures peuvent être prises dès à présent sans disposition législative : une fois prises en comptes les propositions du rapport, promulgation des décrets concernant la certification périodique en matière de rôle respectif des ordres, des conseils nationaux professionnels et de système d'information ; harmonisation des référentiels de certification périodique avec introduction d'un dispositif de pondération par points, renforcement des moyens consacrés à la prévention des conflits d'intérêt au sein du CNCP.

SOMMAIRE

SYNTHÈSE.....	2
RECOMMANDATIONS DE LA MISSION	5
RAPPORT	11
1 LA MISE EN PLACE DE LA CERTIFICATION PERIODIQUE OBLIGE A RECONSIDERER LES MISSIONS ET LE POSITIONNEMENT DE L'ANDPC.....	13
1.1 L'ANDPC N'A PAS ETE EN MESURE D'ACCOMPAGNER LA GENERALISATION DU DPC	13
1.1.1 L'ANDPC pilote le développement professionnel continu et en finance une partie	13
1.1.2 Les résultats du DPC sont très en-deçà des attentes en raison des contraintes multiples pesant sur le dispositif	16
1.1.2.1 Le nombre de professionnels ayant validé leur obligation de DPC est très faible.....	16
1.1.2.2 Le faible niveau de résultat de la cible s'explique par un cumul de contraintes.....	17
1.2 LA NOUVELLE OBLIGATION DE CERTIFICATION PERIODIQUE BOULEVERSE LES DISPOSITIFS DE MAINTIEN ET D'AMELIORATION DES COMPETENCES MAIS N'EST PAS ENCORE SUFFISAMMENT ABOUTIE.....	21
1.2.1 La CP modifie les dispositifs de maintien et d'amélioration des compétences.....	22
1.2.1.1 La CP porte des objectifs communs avec les autres dispositifs, mais en étend largement le champ autour de quatre « blocs », et constitue la seule obligation sanctionnée	22
1.2.1.2 La CP repose sur un principe nouveau : les référentiels de certification.....	24
1.2.1.3 Le choix des actions permettant de valider la certification est laissé à la liberté des professionnels	26
1.2.2 A l'inverse du DPC fondé sur une agence dédiée, le dispositif est porté par un conseil collégial sans moyens spécifiques	27
1.2.2.1 Organe pivot de la CP, le Conseil National de la Certification Périodique (CNCP) est placé auprès du ministre en charge de la santé sans moyens en propre.....	27
1.2.2.2 Les Conseils Nationaux Professionnels ont un rôle prépondérant	28
1.2.2.3 La HAS est cantonnée à un rôle scientifique indépendant	29
1.2.2.4 Les ordres professionnels contrôlent le respect de l'obligation et mettent en œuvre des sanctions	29
1.2.2.5 L'Agence Nationale du Numérique est chargée du système d'information de la CP	30
1.2.3 Bien que d'application obligatoire depuis le 1er janvier 2023, le dispositif n'est pas encore abouti	30
1.2.3.1 L'objectif général du dispositif n'est pas suffisamment clair et les référentiels ne sont pas prêts	30
1.2.3.2 Les modalités et moyens de contrôle sont notoirement insuffisants	32
1.2.3.3 La mise en place du dispositif souffre de retards majeurs, et d'un pilotage insuffisant..	33
2 LES CONDITIONS NECESSAIRES POUR GARANTIR LA SOLIDITE ET LA LISIBILITE DU DISPOSITIF..	36
2.1 LA MISSION PROPOSE LA SUPPRESSION DE L'OBLIGATION DE DPC POUR LES PROFESSIONS A ORDRE, MAIS SON MAINTIEN POUR LES AUTRES PROFESSIONS DE SANTE	37
2.1.1 L'étendue de la CP permet de faire disparaître l'obligation de DPC pour les professions à ordre.....	37
2.1.2 Les autres professions ont besoin de conserver le DPC	37
2.1.2.1 La mission propose, pour les professions non concernées par la certification périodique, de maintenir l'obligation de DPC en en adaptant le contenu	38
2.1.3 Il est nécessaire d'élargir le champ du DPC.....	38
2.2 UNE EVALUATION A POSTERIORI DOIT ETRE MISE EN PLACE POUR LE DPC ET POUR LA CP.....	39
2.2.1 La définition de référentiels éthiques et scientifiques suffisamment précis est indispensable....	39
2.2.2 Les organismes financeurs doivent pouvoir agréer les organismes dispensant des actions doivent à partir d'un label commun de qualité	40
2.2.3 L'évaluation a posteriori nécessite des sanctions lourdes en cas de manquement.....	41

2.3	LE RÔLE DES ACTEURS INSTITUTIONNELS DANS LE PROCESSUS DE PILOTAGE DES DISPOSITIFS DOIT ÊTRE CLARIFIÉ	42
2.4	LE DISPOSITIF N'EST SOUTENABLE FINANCIÈREMENT QUE SOUS CERTAINES CONDITIONS	43
2.4.1	<i>Le montant consacré en 2023 aux actions de formation continue, d'EPP et de GDR ainsi qu'au financement des plans de formation des professions à ordre s'établit autour de 438 M€ et peut être réaffecté à la CP</i>	43
2.4.2	<i>Les financements du DPC actuel dédiés aux professionnels à ordre sont susceptibles de couvrir entre 3 et 4 actions payantes par professionnel de santé</i>	44
2.4.3	<i>Les conditions de soutenabilité nécessitent de revoir les règles appliquées au financement des actions de DPC</i>	46
2.4.3.1	Harmoniser les règles de décompte pour permettre un suivi global du dispositif	46
2.4.3.2	Limiter le coût des actions financées pour permettre une augmentation de leur nombre	47
2.4.4	<i>Les financements CNAM confiés à l'ANDPC doivent être versés directement aux autres financeurs</i>	48
2.5	UN SYSTÈME DE PONDERATION DES ACTIONS DOIT ÊTRE MIS EN PLACE	48
2.5.1	<i>Il est nécessaire d'introduire une pondération des actions en leur attribuant des points de validation</i>	49
2.5.2	<i>Le compte individuel Ma Certif Pro Santé doit permettre de gérer les actions payantes et non payantes dans la perspective de la certification à partir d'un droit de tirage financier individuel</i>	49
2.6	L'IMPACT DES DISPOSITIFS SUR LES PRATIQUES DOIT ÊTRE ÉVALUÉE	51
3	TROIS SCÉNARIOS POSSIBLES DE TRANSFORMATION SONT PROPOSÉS	52
3.1	LA TRANSFORMATION DE L'ANDPC EN ÉTABLISSEMENT PUBLIC NATIONAL CHARGÉ DE LA GESTION OPÉRATIONNELLE DE LA CP POUR LES PROFESSIONS À ORDRE ET DU DPC POUR LES AUTRES PROFESSIONS	52
3.1.1	<i>Le recentrage du pilotage stratégique sur le CNCPC pour la CP et sur le haut Conseil du DPC pour le DPC</i>	52
3.1.2	<i>La nécessité de mise en place d'instances scientifiques distinctes des instances stratégiques</i>	53
3.1.3	<i>La transformation de l'ANDPC en établissement public</i>	54
3.1.3.1	Le statut et la gouvernance de la nouvelle agence de certification périodique	54
3.1.3.2	Les missions de l'agence de la certification périodique et du DPC :	54
3.1.3.3	La composition des instances	54
3.1.4	<i>Intérêts du dispositif, et limites à lever</i>	55
3.2	LA DISPARITION DE L'ANDPC ET LA MISE EN PLACE D'UN SERVICE À COMPÉTENCE NATIONALE SOUS L'AUTORITÉ DE L'ÉTAT	56
3.2.1	<i>La création d'un service à compétence nationale</i>	56
3.2.2	<i>Intérêt et limites du scénario</i>	56
3.3	LE TRANSFERT DU PILOTAGE SCIENTIFIQUE ET DE LA GESTION OPÉRATIONNELLE DU DPC ET DE LA CP À LA HAS	57
3.3.1	<i>Le dispositif repose sur les compétences acquises et reconnues de la HAS</i>	57
3.3.2	<i>Les conditions de succès</i>	58
3.4	LA GESTION DES TRANSFORMATIONS À RÉALISER NÉCESSITE UNE AMBITION COLLECTIVE FORTE	58
3.4.1	<i>Une option doit être prise au plus tard courant du premier trimestre 2025</i>	59
3.4.2	<i>L'établissement d'un cahier des charges informatique précis et cadencé doit constituer une priorité</i>	59
3.4.3	<i>Les travaux déjà engagés doivent être accélérés sans délai</i>	60
3.4.4	<i>La dynamique de la CP doit faire l'objet d'un arbitrage concerté</i>	61
3.4.5	<i>Les travaux à réaliser imposent la désignation d'un préfigureur, ainsi qu'une gestion de projet renforcée</i>	61
3.4.6	<i>Une communication large et constante doit être conduite</i>	62
	LISTE DES SIGLES UTILISÉS	63
	LISTE DES PERSONNES RENCONTRÉES	64
	LISTE DES ANNEXES	71
	ANNEXE 1 : LE DÉVELOPPEMENT PROFESSIONNEL CONTINU	72
	ANNEXE 2 : LA CERTIFICATION PÉRIODIQUE (CP)	107

ANNEXE 3 : LE FINANCEMENT DES DISPOSITIFS	138
ANNEXE 4 : HISTORIQUE DES DISPOSITIFS FRANÇAIS CUMULATIFS DE MAINTIEN DES COMPETENCES ET D'AMELIORATION DES PRATIQUES, ET MULTIPLICITE DES INTERVENANTS	160
ANNEXE 5 : LA PROBLEMATIQUE DES LIENS D'INTERET DANS LE DPC ET DANS LA CP	164
ANNEXE 6 : COMPARAISON DES DISPOSITIFS DE DEVELOPPEMENT PROFESSIONNEL CONTINU AVEC DES PAYS COMPARABLES.....	170
ANNEXE 7 : ROLE ET COMPOSITION DES CENTRES NATIONAUX PROFESSIONNELS	192
LETTRE DE MISSION	195

RAPPORT

Introduction

[16] La formation et la mise à jour des connaissances et des compétences des professionnels de santé constituent des facteurs de qualité et de sécurité des soins du système de santé en France comme à l'étranger. Elles sont portées par différents dispositifs qui se sont cumulés et ont évolué, formalisés autour de la formation médicale continue (FMC) pour les médecins depuis 1996, à laquelle se sont ajoutées l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) en 2004 et l'accréditation des médecins et des équipes exerçant des métiers à risque depuis 2006. A la suite d'un rapport IGAS de 2008¹ la formation continue, l'EPP et la gestion des risques (GDR) ont été regroupés en 2009 dans un dispositif obligatoire s'imposant à l'ensemble des professions de santé et non plus seulement aux médecins : le développement professionnel continu (DPC),

[17] D'abord mis en place sous la houlette de l'Organisme de Gestion du DPC (OGDPC), le DPC est piloté depuis 2016 par l'Agence Nationale du DPC (ANDPC), GIP constitué de l'Etat et de l'Assurance-Maladie, chargé de définir la politique et les objectifs de DPC pour tous les professionnels de santé, et de financer les actions de DPC pour les médecins libéraux ainsi que les médecins salariés des centres de santé.

[18] Le contrat d'objectifs et de performance entre l'Etat et l'ANDPC portant sur le « triennal 2018-2021 » a fait l'objet d'une évaluation par l'IGAS 2022-2023 et d'un rapport² faisant état des résultats mitigés de l'Agence. Il a mis en exergue la nécessité de revoir le dispositif en place afin d'augmenter le nombre de professionnels validant leur obligation de DPC, jugée par le rapport très inférieure à la cible. Cette nécessité est renforcée par la mise en place d'une nouvelle obligation, la certification périodique des professionnels de santé à l'Ordre, portée par l'Ordonnance du 19 juillet 2021.

[19] A l'inverse des autres dispositifs, la certification périodique présente deux particularités majeures : d'une part elle constitue une obligation déontologique et légale pouvant faire l'objet d'une sanction ; d'autre part, initialement imaginée pour ne concerner que les professionnels médicaux relevant du Conseil National de l'Ordre des Médecins, elle a été étendue dès l'Ordonnance de 2021 aux sept professions à l'ordre³ soit à peu près 1 125 000 professionnels sur 1 965 000⁴ au total, représentant 57 % des professionnels de santé.

[20] Par lettre de mission signée en novembre 2023, le Ministre de la santé a sollicité une nouvelle mission IGAS afin d'interroger le devenir de l'ANDPC dans le triple contexte de la réponse insuffisante du DPC aux attentes de l'Etat et des professionnels de santé, des difficultés

¹ Mission IGAS RM2008-124P « Formation médicale continue et évaluation des pratiques professionnelles des médecins », Pierre-Louis Bras et Gilles Duhamel.

² Mission IGAS n°2022-077R « Evaluation de l'Agence Nationale du Développement Professionnel Continu », Laurent Gratieux et Julien Rousselon.

³ Les sept ordres concernés sont l'Ordre national des médecins, l'Ordre national des pharmaciens, l'Ordre national des chirurgiens-dentistes, l'Ordre national des sage-femmes, l'Ordre national des infirmiers, l'Ordre national des masseurs-kinésithérapeutes, l'Ordre national des pédicure-podologues.

⁴ Chiffres produits par la mission d'évaluation du COP de l'ANDPC à partir des chiffres de la DREES.

d'articulation et de lisibilité des dispositifs concourant au maintien des compétences des professionnels de santé, et de la mise en place progressive de la certification périodique.

[21] La mission, qui s'est déroulée entre juin et novembre 2024, s'inscrit donc dans un moment très particulier, imposant de s'intéresser dans le même mouvement au devenir de l'ANDPC et à la dynamique de mise en place de la certification périodique. En effet, bien que décidée en 2021 et mise en œuvre de façon obligatoire depuis le 1^{er} janvier 2023⁵, le dispositif de certification périodique n'est pas encore définitivement construit. De surcroît, plusieurs textes réglementaires sont attendus pour parachever l'ossature juridique complète du système, qui n'a de sens qu'en cohérence avec les autres dispositifs existants, dont le principal est représenté par le DPC.

[22] A l'occasion des nombreux entretiens réalisés avec une soixantaine d'organisations et de personnalités impliqués dans les dispositifs sous revue⁶, la mission a mesuré le niveau d'attente des professionnels de santé et des régulateurs, qui peut se traduire en quelques mots : besoin de cohérence, de lisibilité, de capacité à répondre aux évolutions de la médecine, des soins et du système de santé, et cela dans un contexte financier tendu.

[23] Afin de proposer une réponse à ces enjeux majeurs, le travail de la mission, initialement centré sur un objectif d'évaluation, a été élargi à un objectif d'accompagnement de la démarche en cours, qu'il convient de corriger rapidement. Pour cela, elle s'appuie sur une analyse des points clés concernant l'ANDPC et la CP (1^{ère} partie), puis dresse les conditions d'une évolution indispensable (2^{ème} partie) avant d'envisager trois scénarii d'organisation possible (3^{ème} partie).

⁵ Conformément à l'article 3 de l'Ordonnance du 19 juillet 2021

⁶ Mme Nadiège Baille, personnalité qualifiée désignée présidente du CNCP en avril 2024, a été auditionnée en tant que telle par la mission. Membre de l'IGAS, elle s'est déportée lors de l'examen du projet de rapport par les instances internes de l'IGAS.

1 La mise en place de la certification périodique oblige à reconsidérer les missions et le positionnement de l'ANDPC

1.1 L'ANDPC n'a pas été en mesure d'accompagner la généralisation du DPC

1.1.1 L'ANDPC pilote le développement professionnel continu et en finance une partie

[24] Aux termes de l'article L4021-1 du code de la santé publique introduit par la loi pour l'avenir de notre système de santé du 26 janvier 2016 « 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. »

[25] Issu historiquement de la formation médicale conventionnelle, le DPC, qui a été étendu à 28 professions en 2009, a connu plusieurs réformes (2004, 2009 et 2016) et cohabite avec d'autres dispositifs poursuivant des objectifs comparables mais s'appliquant à d'autres champs plus restreints (établissements de santé, professions médicales à risques) et pilotés par la Haute autorité de santé (HAS) : certification des établissements de santé, accréditation des professions médicales à risques. De plus, il se distingue, dans sa composante formation continue, de la formation continue mentionnée dans le code du travail plus par son encadrement (par des orientations prioritaires édictées par l'ANDPC, un mécanisme spécifique d'agrément des organismes de DPC et de validation de leurs actions) que par sa nature (cf. annexe X).

[26] Créée par la même loi de 2016, l'Agence nationale du développement professionnel continu a reçu pour missions, aux termes de l'article L.4021-17 de :

« 1° Assurer le pilotage du dispositif de développement professionnel continu des professionnels de santé, quels que soient leurs statuts ou leurs conditions d'exercice :

A) Evaluer les organismes et structures qui souhaitent présenter des actions conformément aux dispositions des articles L. 4021-1 à L. 4021-2 ;

B) Evaluer, en lien avec la Haute Autorité de santé, la mise en œuvre des méthodes de développement professionnel continu, en veillant à leur qualité scientifique et pédagogique ;

C) Evaluer l'impact du développement professionnel continu sur l'amélioration des pratiques et l'efficacité du dispositif ;

2° Contribuer au financement des actions s'inscrivant dans le cadre des orientations prioritaires pluriannuelles définies à l'article L. 4021-2, concernant les professionnels de santé non-salariés et les professionnels de santé salariés des centres de santé ;

3° Assurer la gestion financière du développement professionnel continu des professionnels de santé libéraux conventionnés et des professionnels de santé salariés des centres de santé conventionnés ;

4° Contribuer au financement d'actions de développement professionnel des médecins des établissements de santé et médico-sociaux s'inscrivant dans le cadre des orientations pluriannuelles prioritaires ;

5° Promouvoir le dispositif de développement professionnel continu et informer les organismes et structures susceptibles de proposer des actions de développement professionnel continu, les professionnels de santé salariés et non-salariés et les employeurs ;

6° Assurer la participation des universités au dispositif »

[27] Elle s'appuie dans l'exercice de ses missions sur des instances représentatives des parties prenantes du dispositif : Haut conseil du développement professionnel continu (DPC), instance d'orientation représentant l'ensemble des acteurs du système, commissions scientifiques indépendantes, acteurs clefs de l'évaluation des actions de DPC, conseil de gestion et sections professionnelles pour la gestion du DPC des libéraux et des professionnels des centres de santé.

[28] Elle travaille en lien avec les Conseils nationaux professionnels (CNP) en matière d'orientations et de parcours de DPC. »

[29] L'ANDPC est financée via une subvention de l'UNCAM d'un montant dont l'évolution est calquée sur celle de l'ONDAM.

RAPPORT IGAS N°2024-041R

Tableau 1 : Etat de Gestion

Etat de Gestion	2019			2020			2021			2022			2023		
	BR3	EXECUTION	NON CONS.	BR1	EXECUTION	NON CONS.	BR1	EXECUTION	NON CONS.	BR1	EXECUTION	NON CONS.	BR2	EXECUTION	NON CONS.
DPC - Libéraux	201 300 000	194 168 185	7 131 815	184 580 000	159 558 824	25 021 176	203 920 000	177 570 143	26 349 857	219 500 000	205 129 728	14 370 272	238 500 000	212 799 296	25 700 704
DPC - Salariés	5 000 000	5 000 000	-	5 000 000	5 000 000	-	8 000 000	2 400 000	5 600 000	8 000 000	2 300 000	5 700 000	-	-	-
Frais de Structure	12 830 000	7 268 997	5 561 003	15 061 624	11 150 279	3 911 345	12 411 000	8 809 169	3 601 831	12 969 000	8 369 824	4 599 176	11 941 000	9 570 291	2 370 709
Total Charges	219 130 000	206 437 182	12 692 818	204 641 624	175 709 103	28 932 521	224 331 000	188 779 312	35 551 688	240 469 000	215 799 552	24 669 448	250 441 000	222 369 587	28 071 413
Contribution CNAM	190 468 000	190 468 000	-	194 850 000	194 850 000	-	199 331 000	199 331 000	-	203 915 000	203 915 000	-	209 718 923	198 000 000	11 718 923
Contribution ETAT	3 000 000	3 000 000	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Total Produits	193 468 000	193 468 000	-	194 850 000	194 850 000	-	199 331 000	199 331 000	-	203 915 000	203 915 000	-	209 718 923	198 000 000	11 718 923
Reprise/prov. Compl. non utilisée sur années ant.		9 803 884			9 549 628			18 096 254			10 982 275			7 309 167	
Résultat	- 25 662 000	- 3 165 298		- 9 791 624	28 690 525		- 25 000 000	28 647 942		- 36 554 000	- 902 277		- 40 722 077	- 17 060 420	

Source : ANDPC

[30] Elle finance les organismes dispensant les actions de DPC et l'indemnisation des professionnels de santé.

[31] Alors qu'une spécificité française est d'avoir étendu l'obligation de DPC à l'ensemble des 28 professions de santé, l'Agence ne finance que les professions de santé libérale conventionnées avec l'assurance maladie. Ceci exclut 17 des 28⁷ professions couvertes par l'obligation : professions à exercice salarié exclusif (comme les aides-soignants et les auxiliaires de puériculture), professions libérales non conventionnées, professions de l'appareillage non conventionnées puisque les rémunérations sont assurées via les tarifs de la liste des produits et prestations remboursables (LPPR).

[32] Les résultats sont très en-deçà des attentes, malgré les compétences développées par l'ANDPC.

1.1.2 Les résultats du DPC sont très en-deçà des attentes en raison des contraintes multiples pesant sur le dispositif

1.1.2.1 Le nombre de professionnels ayant validé leur obligation de DPC est très faible

[33] Selon la DREES, en 2023, le nombre de professionnels soumis à l'obligation de DPC était de 1 965.204 dont 1 479 679 salariés et 485 525 libéraux.

[34] Les seuls chiffres relatifs à l'engagement des professionnels de santé dans le DPC dont dispose l'Agence sont ceux qui émanent des comptes individuels de DPC, ouverts quasiment exclusivement par les professionnels du service de santé des armées, les professionnels de santé libéraux conventionnés et les salariés des centres de santé conventionnés, soit 453 800 sur 1 965 000 professionnels en 2023. En raison d'une probable sous-déclaration massive des salariés, qui ouvrent très peu de comptes individuels, les données de ces derniers ne sont pas connues.

[35] En 2023, le nombre de professionnels de santé engagés (c'est-à-dire ayant réalisé au moins une action de DPC) a été de 158.055 soit une baisse de 14,3 % par rapport à 2022.

[36] Cependant, pour valider l'obligation de DPC, le professionnel doit, aux termes de l'article R.4021-4 II du CSP, soit réaliser un parcours de DPC défini par le CNP de sa discipline, soit attester de son engagement dans une démarche de développement professionnel continu comportant des actions de formation, d'évaluation et d'amélioration des pratiques et de gestion des risques. 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.

[37] Par rapport à la population éligible connue de l'Agence (professionnels libéraux et salariés des centres de santé), la part de professionnels ayant validé leur obligation triennale est, selon l'ANDPC, passée de 22,3 % pour le triennal 2017-2019 à 22,2 % pour le triennal 2020-2022 (100 186 professionnels). Ce pourcentage s'applique à la population éligible au financement par l'ANDPC qui, elle-même, ne représente qu'un quart environ du total des professionnels concernés.

⁷ Le nombre de professions varient de 28 à 31 en fonction des conventions retenues pour le regroupement de certaines d'entre elles (biologistes regroupés ou non avec des médecins).

[38] Cependant, le DPC, héritage de la formation conventionnelle libérale, et dont l'absence de réalisation n'est pas sanctionnée, a très peu pénétré le monde salarié. Pour les raisons développées ci-dessous, les établissements de santé ne déclarent pas les actions menées en interne (revues de mortalité-morbidité, actions qualité etc.) qui pourraient entrer dans le champ du DPC. De même, des organismes qui mènent des actions de formation peuvent être découragés de déclarer des actions qu'ils mènent et pourraient entrer dans le champ du DPC. La mission IGAS de 2022 relative au financement de la certification périodique estimait ainsi à 550 M€/an les actions de formation pouvant entrer dans le champ de la certification et donc uniquement pour 7 des 28 professions concernées par le DPC.

1.1.2.2 Le faible niveau de résultat de la cible s'explique par un cumul de contraintes

- Allant au-delà des textes, l'ANDPC ne reconnaît que les actions de DPC relevant d'orientations prioritaires qui, elles-mêmes, ne répondent souvent pas aux besoins exprimés par les professionnels

[39] Alors que l'article R.4021-4 II CSP mentionné supra impose qu'une des deux actions de DPC que le professionnel doit valider sur trois ans comprenne deux des trois axes du DPC (maintien des compétences, évaluation des pratiques et gestion du risque) et qu'une des deux actions s'inscrive dans les orientations prioritaires, l'Agence n'évalue et ne finance que les actions s'inscrivant dans ces orientations.

[40] Ces orientations prioritaires sont mentionnées à l'article L.4021-2 du code de la santé publique qui prévoit que :

[41] « Un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, et du ministre de la défense pour les professionnels du service de santé des armées, définit les orientations pluriannuelles prioritaires de développement professionnel continu. Ces orientations comportent :

« 1° Des orientations définies par profession ou par spécialité sur la base des propositions des conseils nationaux professionnels ou, en l'absence de conseils nationaux professionnels, des représentants de la profession ou de la spécialité ;

« 2° Des orientations s'inscrivant dans le cadre de la politique nationale de santé ;

« 3° Des orientations issues du dialogue conventionnel (...) »

[42] Pour établir ces orientations, l'Agence dialogue tous les trois ans avec les CNP et le ministère chargé de la santé. La plupart des CNP rencontrés par la mission ont fait état de difficultés dans ce dialogue, l'Agence ne retenant pas toutes leurs propositions ou les réorientant.

[43] Ainsi, le nombre d'orientations prioritaires est passé de 405 sur le triennal 2016-2018, chiffre que la Cour des comptes avait trouvé excessif, à 238 pour le triennal 2020-2022 puis à 205 pour le triennal 2023-2025.

[44] Au demeurant, la délégation que l'Etat donne à l'Agence pour arbitrer ces orientations prioritaires n'est pas conforme au texte précité de l'article R.4021-4 CSP qui en confie la rédaction à l'Etat pour les orientations de santé publique et aux CNP pour les orientations relevant des besoins propres à chaque profession.

[45] Or, l'Agence a placé ces orientations prioritaires au centre de ses démarches puisqu'elle ne finance que les actions s'y conformant et, par conséquent, n'évalue que ces actions financées.

[46] Au surplus et surtout, la plupart des professionnels rencontrés par la mission (ordres et CNP) estiment que ces orientations ne répondent pas aux besoins réels des professionnels. Le bilan du triennal 2020-2023 tend à leur donner raison. Le tableau ci-dessous met en exergue le nombre de professionnels s'étant inscrits à des actions répondant aux orientations prioritaires :

Tableau 2 : NOMBRE DE PROFESSIONNELS INSCRITS PAR ORIENTATION PRIORITAIRE

Nombre de professionnels inscrits par orientation prioritaire						
0 PS	Entre 1 et 500 PS	Entre 501 et 1000 PS	Entre 1001 et 5000 PS	Entre 5001 et 10000 PS	Entre 10001 et 20000 PS	Supérieur à 20000 PS
82	109	15	31	14	7	2

Lecture : 82 des 260 OP n'ont suscité aucune adhésion et 109 n'ont suscité l'adhésion que de 0 à 500 professionnels.

Source : ANDPC

[47] L'ANDPC ne valide l'inscription d'un professionnel à une action entrant dans le champ d'une OP que si sa discipline lui semble adéquate à l'orientation.

[48] S'agissant des établissements de santé, l'ANFH et les fédérations hospitalières soulignent unanimement l'inadéquation des fiches de cadrage des OP limitées à une spécialité et entièrement définies au niveau national avec les réalités différenciées des équipes sur le terrain alors que, pour les établissements de santé, les textes donnent la responsabilité du maintien des compétences et d'amélioration des pratiques professionnelles aux instances locales - la commission médicale d'établissement (CME) pour les médecins ou le comité social d'établissement (CSE) pour les personnels non-médicaux -, ce qui nécessite donc des marges d'adaptation.

[49] En outre, la temporalité triennale des orientations prioritaires n'est pas adaptée au caractère évolutif de l'innovation thérapeutique, de l'émergence de crises sanitaires ou de la promulgation de nouveaux textes.

[50] Plusieurs interlocuteurs de la mission ont notamment souligné ce point eu égard à l'insuffisante réactivité de l'Agence lors de la crise du Covid.

- L'ANDPC a mis en place une procédure lourde d'enregistrement des organismes de DPC pourtant insuffisamment sélective

[51] Conformément aux dispositions de l'article R.4021-25 du code de la santé publique (CSP), tout organisme souhaitant présenter des actions dans le cadre des orientations définies à l'article L.4021-2 du même code doit être enregistré auprès de l'Agence nationale du DPC.

[52] En 2016, pour 2232 demandes d'enregistrement, l'Agence en a rejeté 408 (18,2 %). Mais ce taux de rejet a très fortement augmenté depuis lors. En 2023, pour 240 demandes, l'Agence en a rejeté 172 (71,6 %). Cette hausse du taux de rejet est la plus prononcée pour les établissements de santé (passage de 16,5 % à 2 sur 3 en 2018, 4 rejets pour 4 demandes en 2022 et 3 rejets sur 4 en 2023. Pour les universités, le taux de rejet est passé de 4,6 % en 2016 à 1 sur 6 en 2022 puis 2 sur 3 en 2023.

[53] Cependant, seule une partie des ODPC enregistrés publient réellement des actions. Ainsi, si le nombre d'organismes enregistrés est passé de 2669 en 2022 à 2724 en 2023 puis à 2752 en 2024, le nombre de ceux publiant des actions a été, pour ces mêmes années, de 1370, 989 et 594.

[54] Or, de façon contre-intuitive, la part des actions publiées par les établissements de santé et les universités – qui sont a priori les plus en prise sur les compétences des professionnels - décroît au bénéfice d'organismes commerciaux sans doute mieux armés pour monter des dossiers répondant aux critères administratifs de l'Agence. Entre 2022 et 2024, le nombre d'actions publiées est passé de 18.630 à 7.926 puis à 10.017. La part d'actions publiées par des ODPC commerciaux est passé de 57,2 % à 63,6 % entre 2022 et 2024, la part des actions publiées par des universités est, lui, passé de 3,6 % à 1,6 %, celle des actions publiées par les établissements de santé passant de 5,7 % à 3,7 %.

[55] La part des actions publiées relevant de la formation continue est passée de 85,6 % à 71,9 %, celle des actions relevant des programmes intégrés passant de 11 % à 21,1 %. La part des actions relevant de l'EPP passe de 3 % à 5,9 % et la part des actions relevant de la gestion du risque 0,3 % à 1 %.

[56] Dans le même temps, la part des actions d'EPP publiées par les EPS passe de 37,8 % à 12,8 % alors que celles publiées par les ODPC commerciaux passe de 33 % à 63,9 %, celles publiées par des associations restant stable (passant de 25,5 % à 22,3 %).

[57] La part des actions de FC publiées par des ODPC reste stable (passant de 57,6 % à 59,1 %), De même, la part d'actions de programmes intégrés publiées par des ODPC commerciaux passe de 62,2 % à 79 %, celles publiées par des associations passant de « 35,5 % à 19,4 % ».

- Les actions nécessitent, pour être publiées, une évaluation positive par des commissions scientifiques indépendantes (CSI) de l'Agence mais la part des actions ainsi évaluées a priori est très faible

[58] En premier lieu, comme déjà indiqué, seules les actions s'inscrivant dans les orientations prioritaires précitées sont évaluées.

[59] En second lieu, les membres des commissions scientifiques indépendantes (CSI) chargées d'évaluer les actions sont désignés par la direction de l'Agence sur proposition des conseils nationaux professionnels (qui regroupent notamment les syndicats professionnels et les sociétés savantes) ; héritage de l'historique de la formation conventionnelle, ce mode de désignation ne garantit pas la compétence scientifique et pédagogique et expose à des conflits d'intérêt au moins indirects.

[60] En troisième lieu, Faute de moyens suffisants, la part des actions évaluées est très faible. Ainsi, les CSI n'ont évalué que 13 % des actions déposées en 2023. Si l'évaluation est majoritaire ou presque pour les sage-femmes (56,9 %) et les biologistes (48 %), elle n'est que de 20,1 % pour la CSI interprofessionnelle, de 19,6 % pour les pharmaciens, 8,6 % pour les paramédicaux et 7,7 % pour les médecins.

[61] Même sur cette faible proportion d'actions évaluées, le taux d'avis défavorable est de 45,8 % en 2023 (57,1 % pour les médecins, 52,7 % pour les chirurgiens-dentistes, 39,9 % pour les paramédicaux et 30,3 % pour l'interprofessionnel.

[62] Au surplus, l'Agence procède à un nouvel examen post-CSI qui aboutit à un taux de divergence non négligeable de 15,7 % de surcroît en croissance (7,6 % en 2021 et 9,7 % en 2022). Ce taux de divergence est le plus important pour l'interprofessionnel (20 % en 2023), les médecins (19,5 %) et les paramédicaux (17,1 %).

[63] Au total, le taux d'actions rejetées a progressivement décliné de 15,8 % à 6,1 % entre 2018 à 2022 puis est très fortement remonté à 34,7 % en 2023.

[64] En 2022, le nombre d'actions déposées a été de 21.604 et le nombre d'actions validées de 18.830 (87,2 %). En 2023, ces chiffres ont été de 15.334 et de 7.926 (51,7 %) sans qu'il soit possible de savoir si cette importante diminution du taux d'actions validées relève d'exigences accrues de l'Agence ou d'une baisse intrinsèque de la qualité des actions déposées.

[65] En tout état de cause, ces éléments montrent que le dispositif qualité mis en place ne parvient pas à assurer la pertinence des actions menées qu'à la marge.

- Les tutelles ont laissé l'ANDPC gérer des contraintes inconciliables

[66] Amenée à gérer l'enveloppe fermée versée par l'assurance maladie, l'ANDPC en a régulé la consommation en contingentant la demande par des orientations prioritaires éloignées des préoccupations de professionnels et cloisonnées, et en tentant de réguler l'offre par une procédure lourde d'enregistrement des organismes et de validation a priori des actions. Les effets pervers de faible intérêt des professionnels et de découragement des organismes hormis les plus lucratifs et les mieux armés pour gérer les barrières à l'entrée sont décrits supra.

[67] Pour autant, force est de constater qu'aucune des sollicitations de l'Agence auprès de ses tutelles et membres constitutifs sur des sujets de fond allant de l'articulation du DPC avec la certification périodique, à l'absence de base légale à l'indemnisation des professionnels libéraux aux impasses réglementaires encadrant le recrutement des agents de l'Agence qu'au déménagement un temps envisagé du groupement n'a, depuis plusieurs années, reçu de réponse et ce malgré des saisines officielles par la direction de l'agence.

[68] De la même façon, l'Etat va jusqu'à déléguer à l'Agence un rôle d'arbitre des orientations prioritaires proposées par les CNP, dont la finalisation lui appartient pourtant, et cela sans base légale. Pour autant, l'Etat ne soutient pas la direction du GIP face aux représentants des professionnels pour les arbitrages que rend l'Agence.

[69] Ce désengagement des membres constitutifs du GIP est tel qu'aucun COP n'a pris le relais de celui couvrant la période 2020-2022.

[70] Dans le même temps, l'Agence a, par choix ou par nécessité, joué un rôle que devraient jouer les professionnels. Ceci a été sans aucun doute facilité par le fait que les représentants de la profession ne sont pas associés à la gouvernance de l'Agence si ce n'est dans la gouvernance financière : le conseil de gestion et les sections professionnelles fixent les forfaits pédagogiques et le montant de l'indemnisation des professionnels libéraux et répartissent les enveloppes entre professions.

[71] Ce déséquilibre au détriment des professionnels et au profit de la direction de l'Agence est marqué à plusieurs égards : dans la fixation des orientations prioritaires qui relèvent en principe de la seule compétence des CNP ; dans l'adaptation des méthodes HAS qui relève, selon l'article L.4021-3 du code de la santé publique précité, des CNP mais est de fait effectuée par la direction de l'Agence.

[72] Au total, l'Agence, par sa double mission de financement du dispositif et d'évaluation de sa qualité, doit faire face à des injonctions contradictoires qui déséquilibre le système et l'expose à des conflits permanents.

- Pour autant, l'ANDPC est doté de moyens non négligeables qui auraient pu être mis au service d'améliorations qu'elle a tenté de porter mais un climat de défiance durable s'est installé

[73] Comme le montre la description des services de l'Agence présentée dans l'annexe dédiée, l'ANDPC est désormais dotée de 80 ETP et dispose d'une armature administrative structurée pour gérer la qualité. Elle a, en 2024, adapté son organisation à une meilleure écoute de son environnement notamment par la création d'une direction des relations avec les usagers. Elle a également réactivé en 2024 le comité de liaison avec les dirigeants des universités.

[74] De même, elle rappelle régulièrement son souhait de mieux communiquer avec le monde hospitalier sans pour autant en trouver les voies et moyens efficaces.

[75] Mais, dans le même temps, elle formule des propositions incompatibles avec la prise en compte des réels besoins des professionnels de santé comme celle d'imposer que toutes les actions éligibles au DPC, financées ou pas, soient obligatoirement inscrites dans le cadre de ses orientations prioritaires. Au-delà, comme déjà indiqué, elle est structurellement prisonnière d'injonctions contradictoires étant donné le cumul de ses rôles de définition de la stratégie, d'évaluateur de la qualité et de financeur du dispositif. Confrontée à la faiblesse des résultats obtenus, dont l'impact sur les pratiques n'est toujours pas mesuré après huit ans, cette situation la place dans une situation de perte de crédibilité durable.

1.2 La nouvelle obligation de certification périodique bouleverse les dispositifs de maintien et d'amélioration des compétences mais n'est pas encore suffisamment aboutie

[76] Introduite comme une obligation sanctionnée pour les professions à ordre par l'ordonnance du 19 juillet 2021, la certification périodique (CP) a été lancée à l'issue de la Grande Conférence de Santé mise en place par le Premier Ministre en mai 2015 il y a presque dix ans.

[77] La construction du modèle de certification périodique est le fruit des propositions et des évolutions réalisées depuis la loi du 24 juillet 2019. Initialement préparée par le rapport du Professeur Uzan en 2018⁸ et par un rapport IGAS de 2020⁹ et portée par l’ordonnance du 19 juillet 2021, sa mise en œuvre concrète relève de deux décrets et quatre arrêtés. Le dernier décret en date – le décret n° 2024-258 du 22 mars 2024 – a constitué une avancée importante, mais n’a néanmoins pas clôt la production normative nécessaire à l’élaboration complète du modèle.

[78] La certification périodique modifie de façon majeure le paysage des dispositifs français mis en place pour garantir le maintien des compétences des professionnels de santé en France en créant une obligation dont le non-respect aboutit à une sanction (1.2.1). Toutefois, bien qu’obligatoire depuis le 1^{er} janvier 2023, le dispositif est encore incomplet et nécessite des évolutions dans sa structure de portage et dans sa mise en œuvre opérationnelle (1.2.2)

1.2.1 La CP modifie les dispositifs de maintien et d’amélioration des compétences

[79] La CP présente la particularité d’organiser la garantie du maintien et de l’augmentation des compétences autour de trois piliers :

- elle constitue une obligation pour les professions à ordre faisant l’objet d’une sanction
- elle repose sur des référentiels de certification, qui guident les actions pouvant être suivies par les professionnels pour obtenir la certification
- elle est mise en œuvre sur la base du libre choix des actions par les professionnels de santé.

[80] Si elle porte des objectifs communs avec les autres dispositifs dont elle tire parti des actions menées, elle introduit une modalité nouvelle et plus large de garantie des compétences des professionnels de santé qui bouscule l’écosystème des dispositifs existants.

1.2.1.1 La CP porte des objectifs communs avec les autres dispositifs, mais en étend largement le champ autour de quatre « blocs », et constitue la seule obligation sanctionnée

- Les quatre axes de la CP

[81] Les trois objectifs fixés par la loi du 24 juillet 2019 sont rappelés dans la définition de la CP, qui a pour but la garantie de maintien des compétences, de qualité des pratiques professionnelles, d’actualisation et de niveau des connaissances¹⁰. Les objectifs sont communs avec ceux du DPC, mais ils sont davantage orientés vers un résultat.

⁸ « Mission de recertification des médecins », Serge Uzan, novembre 2019

⁹ « Etat des lieux et propositions en vue de la préparation des ordonnances sur la « recertification » des professionnels de santé à ordre, Jean-Philippe Vinquant, février 2021

¹⁰ Art L4022-1 du CSP

[82] L'ordonnance du 21 juillet 2021 prévoit **quatre axes ou blocs**. Les deux premiers sont proches des actions réalisées dans le cadre du DPC :

Axe 1 : actualiser leurs connaissances et leurs compétences

Axe 2 : renforcer la qualité de leurs pratiques professionnelles

[83] Ils consistent en des actions de formations cognitives pour le premier axe, et d'évaluation, d'amélioration des pratiques professionnelles et de gestion des risques pour le second.

[84] En revanche, deux autres axes sont ajoutés qui font l'originalité de la CP. Ils visent à apporter les garanties que chaque professionnel soit en capacité d'interagir de façon satisfaisante avec ses patients, mais aussi reste lui-même en capacité personnelle d'exercer sa profession :

Axe 3 : améliorer la relation avec leurs patients

Axe 4 : prendre en compte leur santé personnelle

- Les professions concernées

[85] **La CP concerne les sept professions** à ordre, conformément à la loi du 24 juillet 2019 : médecins, chirurgiens-dentistes, sage-femmes, pharmaciens, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, pédicures-podologues¹¹ Le décret du 22 mars 2024 précise que sont soumis à l'obligation de CP les professionnels **en position d'activité¹² exerçant des activités de soins directement auprès de patients¹³** ou exerçant une fonction de responsabilité dans le domaine de la préparation de produits pharmaceutiques¹⁴. De surcroît, les professionnels n'exerçant pas directement auprès des patients sont exonérés des actions relevant de l'axe 3 de la CP (« Améliorer la relation avec les patients »). Enfin, les professionnels de santé soumis à des formations obligatoires spécifiques conditionnant l'exercice de leur pratique professionnelle (comme les professions à risque) sont exonérés des obligations requises au titre de l'axe 2 de la CP (« renforcer la qualité de leurs pratiques professionnelles »).

- Le contenu de l'obligation

[86] L'obligation de CP consiste à réaliser **sur une période de six ans au moins deux actions prévues dans chacun des quatre blocs** visés plus haut, soit au minimum huit actions en six ans¹⁵. Conformément à la proposition du rapport Igas de 2020, la période est de **neuf ans** pour la première période de certification des professionnels déjà en exercice au 01/01/2023¹⁶. Pour les professionnels prenant leur fonction à partir du 01/01/2023, la période de six ans débute à compter de la date de leur inscription à l'Ordre¹⁷.

- La sanction en cas de non-respect de l'obligation

¹¹ Art L4022-3 du CSP

¹² Art R022-6 du CSP

¹³ Art R4022-12 du CSP

¹⁴ Art R4022-6-2° du CSP

¹⁵ Art L4022-2 I / R4022-7 du CSP

¹⁶ Art 3 de l'ordonnance du 21 juillet 2021

¹⁷ Art R 4022-14 du CSP

[87] Le DPC constitue une obligation, mais non suivie de sanction. L'accréditation des professions à risques n'est pas une obligation, mais un choix effectué par les professionnels. Dans ce contexte, la CP constitue la seule obligation assortie de sanction.

[88] L'ordonnance indique que le non-respect de l'obligation de CP est constitutif d'une faute, pouvant entraîner une procédure disciplinaire et une suspension temporaire d'exercice pour insuffisance professionnelle¹⁸. Le projet de décret est toutefois plus contraignant, en prévoyant que le non-respect de l'obligation entraîne automatiquement l'ouverture d'une procédure disciplinaire.

[89] Ce point est particulièrement important. Il contraint chacun des 1 125 100 professionnels concernés à avoir réalisé ses objectifs pour pouvoir bénéficier d'une certification, et pour ne pas subir de sanction de son ordre.

1.2.1.2 La CP repose sur un principe nouveau : les référentiels de certification

[90] Contrairement au système des Orientations Prioritaires, pivots du DPC, qui sont définis par l'Agence du DPC de façon centralisée selon les modalités définies supra, le choix a été fait de confier à la HAS la définition d'un cadre générique de définition de référentiels de certification, qu'il appartient ensuite à chaque profession, discipline ou spécialité de décliner concrètement pour chacun des axes de certification.

■ Les référentiels

[91] Dans son Guide méthodologique d'élaboration des référentiels de certification périodique des professions de santé à ordre, la HAS indique que les référentiels de certification constituent les moyens d'atteindre les buts pour chacun des axes de certification¹⁹. Elle indique que « la certification repose sur la mise en œuvre par le professionnel d'actions qui seront prévues dans le référentiel de certification de sa profession ou de sa spécialité ».

Les finalités des quatre axes établies par la HAS²⁰

Finalités de l'axe 1 : actualiser les connaissances et les compétences

- Actualiser les connaissances fondant les pratiques et assurer qu'elles soient conformes au regard des données de la science, des valeurs professionnelles, de l'éthique, de la déontologie, des priorités de santé publique, de l'évolution des politiques de santé, des évolutions sociétales et des besoins de santé sur un territoire.

-Assurer les compétences nécessaires à l'exercice (évolution professionnelle notamment : spécialité, expertise, pratiques avancées, spécificités d'exercice...) pour les rendre conformes et adaptées à la pratique et à l'offre de soins sur un territoire.

Finalités de l'axe 2 : renforcer la qualité des pratiques professionnelles

-Garantir des pratiques conformes au regard des recommandations de bonne pratique, des référentiels de qualité, des valeurs professionnelles, de l'éthique, de la déontologie.

¹⁸ Art L4022-9-I du CSP

¹⁹ Cf : Chapitre 1 : Préambule : finalités de chacun des axes du référentiel.

²⁰ Guide Méthodologique de la HAS

-Garantir l'amélioration des pratiques sur la qualité et sécurité des soins. Les actions d'amélioration de la qualité des pratiques peuvent aussi concourir à l'élaboration ou l'actualisation de procédures/ protocoles.

Finalités de l'axe 3 : améliorer la relation avec les patients

-Assurer une relation de qualité au regard des recommandations de bonne pratique, des valeurs professionnelles, de l'éthique, de la déontologie, des droits des patients

-Actualiser la connaissance des droits du patient, des obligations déontologiques fondant les pratiques

-Contribuer au renforcement du dialogue, améliorer la transparence de l'information, développer l'écoute attentive de la bienveillance

-Assurer une relation de qualité avec l'entourage et/ou de collaboration avec les aidants dans le respect des droits du patient

-Faciliter la prise en compte des évolutions qui modifient la relation (niveau d'information des patients, impact des nouveaux outils numériques et nouvelles formes de prise en charge numérique...)

-Rendre le patient co-acteur de sa santé (décision médicale partagée)

Finalités de l'axe 4 : mieux prendre en compte la santé personnelle

-Donner à chaque professionnel les moyens de préserver sa santé lui permettant d'exercer une activité de qualité

-Rendre chaque professionnel attentif à son état de santé

-Promouvoir, maintenir et améliorer l'état de sa santé

-Prévenir les altérations de l'état de santé psychique et somatique

-Conserver les aptitudes professionnelles

[92] Le guide méthodologique synthétise le plan qui doit être commun aux référentiels des sept professions, dans un objectif d'harmonisation de la méthode. Ainsi, doivent être décrits pour chaque axe et chaque référentiel les attendus, la typologie d'actions (thème concerné, données et références utilisées, méthodes et outils préconisés) ainsi que les principes évaluatifs proposés (par exemple auto-évaluation, ou évaluation externe).

- Les étapes de production des référentiels

[93] Quatre étapes sont prévues :

[94] **En premier lieu, la définition par le CNCP des orientations scientifiques de la CP.** Le CNCP a arrêté le 09 mars 2023 les orientations scientifiques en cinq principes : la nécessité d'une collégialité pour le recensement des actions valant certification ; la nécessité de développer la culture de la qualité et de la sécurité dans les parcours, et de promouvoir des actions mesurables par des critères de qualité, de pertinence et de performance ; la nécessité de prévoir dans les référentiels des actions portant sur l'acquisition de connaissances du numérique en santé et de ses usages, et sur la capacité d'adaptation des exercices professionnels à la gestion des crises ; l'importance du partage d'expériences interprofessionnelles et de bonnes pratiques ; enfin, la nécessité de promouvoir la santé environnementale.

[95] **En second lieu, la définition de la méthodologie d'élaboration des référentiels de CP par la HAS, après avis du CNCP.** Elaboré sous l'égide de la HAS par un groupe de travail réunissant des représentants des CNP des sept professions à ordre, des méthodologistes et documentalistes de la HAS et des représentants des associations de patients, il décrit en 36 pages les finalités des

différents axes de la CP, et propose un « plan commun de rédaction des référentiels » sollicitant de la part des CNP les attendus, les typologies d'actions et leurs principes évaluatifs²¹. Il établit dans ses annexes 2 à 5 des propositions de ressources pouvant être proposés par les CNP dans les quatre axes de certification, donnant de fait des exemples précis d'actions pouvant être proposées (par exemple : formation présentielle, simulation en santé, test de concordance de script, vignettes cliniques, etc).

[96] **En troisième lieu, la déclinaison des orientations scientifiques échoit aux commissions professionnelles.** Le terme de « déclinaison » prête à interprétation. Il peut être compris soit comme la définition du cadre scientifique des référentiels, soit comme la définition des référentiels eux-mêmes. En pratique, c'est plutôt cette seconde interprétation qui semble avoir été retenue par les présidents des commissions professionnelles. Toutefois, ces dernières n'étant toujours pas formellement constituées (Cf infra), la production des référentiels/actions est portée par les CNP.

[97] **En quatrième lieu, la production de catalogues d'actions par les CNP** à destination des professionnels, qui choisissent les actions soit individuellement soit, pour les salariés, « en lien avec l'employeur », constitue le résultat final de cette démarche.

1.2.1.3 Le choix des actions permettant de valider la certification est laissé à la liberté des professionnels

[98] Il s'agit d'un principe fondateur, précisé par l'ordonnance du 19 juillet 2021 qui précise que chaque professionnel choisit, parmi les actions prévues au référentiel de certification qui lui sont applicables, celles qu'il entend suivre ou réaliser au cours de la période.

[99] L'ordonnance prévoit toutefois que ce choix associe les employeurs dans le cas des professionnels salariés, dans des conditions qui relèvent d'un décret qui reste à écrire et à publier. Cette clause suppose que les plans de formation financés soit par l'ANFH pour les établissements publics adhérents, soit par l'OPCO santé pour le OPCO EP pour les structures privées, soit par les établissements eux-mêmes lorsqu'ils sont propres financeurs, soient établis de façon à respecter un double objectif : permettre aux salariés de respecter leur obligation de certification, mais aussi orienter les actions proposées dans le sens stratégique porté par les institutions à travers leurs plans de formation.

²¹ Annexe 1 de la Proposition de méthode d'élaboration des référentiels de certification périodique des professions de santé à ordre, 13 juillet 2022

1.2.2 A l'inverse du DPC fondé sur une agence dédiée, le dispositif est porté par un conseil collégial sans moyens spécifiques

1.2.2.1 Organe pivot de la CP, le Conseil National de la Certification Périodique (CNCP) est placé auprès du ministre en charge de la santé sans moyens en propre

[100] Le pilotage du dispositif de CP repose sur un opérateur principal, le **Conseil National de la Certification Périodique (CNCP)**, placé « auprès du ministre en charge de la santé »²². S'il est proche du CNCV proposé par le rapport Uzan, en revanche le choix a été fait de ne pas suivre les recommandations du rapport de l'IGAS visant à séparer les missions stratégiques des missions opérationnelles, et au sein des missions stratégiques, à séparer les missions de pilotage et développement stratégiques des missions scientifiques. A ce titre, le CNCP cumule des rôles de nature différente. Il lui est attribué la fois :

- une mission stratégique : il est chargé de « définir la stratégie, le déploiement et la promotion de la CP ».
- une mission scientifique : « il fixe les orientations scientifiques de la CP et émet des avis rendus publics ».
- deux missions opérationnelles de contrôle : « il veille à ce que les acteurs intervenant dans la procédure de CP soient indépendants de tout lien d'intérêt », et « il veille à ce que les actions prises en compte au titre de la CP répondent aux critères d'objectivité des connaissances professionnelles, scientifiques et universitaires et aux règles déontologiques des professions concernées ».

[101] Le CNCP ne dispose ni d'une personnalité juridique ni de moyens en propre. Son secrétariat est assuré par la personne chargée de mission à la CP, au sein de la sous-direction des ressources humaines de la DGOS.

[102] Sa gouvernance donne une place majeure aux représentants des professions de santé et repose sur deux instances :

- **L'instance collégiale** est l'instance pivot du CNCP et porte les missions qui lui sont confiées. Elle est composée de 27 personnes représentant les commissions professionnelles (7), les Ordres professionnels (7), des représentants des patients et usagers (2), des représentants des instituts universitaires et non universitaires de formation (2), des représentants des organisations syndicales (2), des représentants des fédérations d'hospitalisation publique et privée (2), des représentants des professions de santé libérales et non libérales (2), des personnalités qualifiées (2), et un président, personnalité qualifiée nommée par arrêté (1). La mission souligne qu'à l'inverse de la proposition portée par le rapport Uzan, le Conseil ne comprend ni représentant de la HAS, ni représentant de l'ANDPC.
- L'instance collégiale rend les décisions et les avis du CNCP.

²² Art L4022-5 du CSP

- **Sept commissions professionnelles**, composées d'un ou de plusieurs CNP ou de structures fédératives, et présidées par le président du CNP désigné par la commission. Chaque commission est composée de vingt-cinq membres au plus.

Les commissions professionnelles ont un rôle important dans la définition des référentiels de CP à travers trois missions²³ :

- elles assurent la déclinaison des orientations scientifiques fixées par l'instance collégiale ;
- elles sont saisies par le président du CNCP pour instruire les décisions et avis pour les professions et spécialités qui les concernent ;
- elles peuvent soumettre à l'avis de l'instance collégiale toute proposition faite par l'un de leurs représentants dans le cadre de l'élaboration des référentiels.

1.2.2.2 Les Conseils Nationaux Professionnels ont un rôle prépondérant

[103] Le CNP sont représentés au sein de la gouvernance du CNCP de deux façons : d'une part à travers les sept commissions professionnelles, composées des représentants des CNP ; d'autre part, au sein de l'instance collégiale à travers la présence des sept représentants des commissions professionnelles.

[104] Les représentants des CNP des sept professions à ordre ont participé au groupe de travail réuni par la HAS pour définir le guide méthodologique d'élaboration des référentiels.

[105] Les CNP ont un rôle déterminant dans la définition des référentiels. Si les textes ne précisent pas clairement qui est responsable de leur écriture (l'ordonnance indique seulement que « Des référentiels de certification périodique définissent par profession ou spécialité les actions [à mettre en œuvre]²⁴ ») en revanche l'ordonnance indique que l'arrêté du Ministre de la santé fixant le référentiel de certification de la profession ou spécialité requiert l'avis du CNP compétent²⁵. Dans la pratique, ce sont bien les CNP qui proposent et rédigent les référentiels, notamment du fait d'une confusion toujours présente sur le rôle des CNP au regard des commissions professionnelles, auxquelles ils participent.

[106] De plus, il appartient aux CNP de veiller à l'actualisation régulière des référentiels de CP²⁶.

[107] Enfin, le projet de décret relatif aux modalités de suivi, d'accompagnement et de contrôle de la procédure de CP prévoit de conférer aux CNP un rôle de conseil dans le cas où le professionnel rencontrerait des difficultés au cours de la période de certification. Cette mission est conforme aux propositions du rapport Uzan et du rapport Igas de 2020.

²³ Art D4022-2 du CSP

²⁴ Art L 4022-7 du CSP

²⁵ Art L 4022-8 II du CSP

²⁶ Art R4022-9 du CSP

1.2.2.3 La HAS est cantonnée à un rôle scientifique indépendant

[108] Si la mission IGAS de 2020 proposait qu'elle soit pleinement impliquée en tant que pilote du volet scientifique de la CP à travers une commission dédiée, les conditions de construction du modèle²⁷ ont conduit à lui laisser une place d'arbitre scientifique sur les seuls référentiels de CP.

[109] En premier lieu, elle propose au ministre en charge de la santé la méthode d'élaboration des référentiels de CP, mais après avis de CNCP²⁸.

[110] En second lieu, la HAS peut être sollicitée par le ministre en charge de la santé pour avis lors de l'élaboration des référentiels. Ses conditions de saisine relèvent d'un décret qui n'est pas encore paru, mais que le projet de texte restreignent à date à trois situations : le cas où les projets de référentiels n'ont pas été élaborés conformément à la méthodologie de la HAS ; le cas où les actions proposés par les référentiels ne font pas référence aux recommandations des pratiques professionnelles en vigueur ; le cas où les référentiels ne permettent pas au professionnel de santé de définir son programme d'actions du fait d'un manque de structuration des axes ou d'une absence d'actions adaptées aux objectifs ou compétences de l'exercice.

1.2.2.4 Les ordres professionnels contrôlent le respect de l'obligation et mettent en œuvre des sanctions

[111] Les ordres compétents sont chargés de contrôler le respect de l'obligation de certification²⁹. Ils doivent donc disposer des informations individuelles nécessaires pour sanctionner positivement ou négativement chaque professionnel soumis à l'obligation de CP.

[112] En accord avec les propositions de la mission IGAS de 2020, le décret du 22 mars 2024 précise que la reprise d'activité peut être conditionnée par l'ordre compétent « à la réalisation d'actions dont certaines sont définies dans le ou les référentiels de CP applicables au professionnel concerné³⁰ ».

[113] Le projet de décret non encore paru prévoit que les ordres établissent un bilan à mi-parcours pour chaque professionnel de santé concerné, afin de veiller au bon déroulement de la certification. Cela s'inscrit dans l'idée d'origine de la démarche de CP, qui n'est pas de sanctionner mais d'accompagner les professionnels pour s'assurer qu'ils mettent en œuvre des actions permettant de garantir le maintien de leurs compétences.

²⁷ Le Rapport au Président de la République relatif à l'ordonnance du 19 juillet 2021, qui indique que « les orientations retenues à l'issue de cette concertation ont pris en compte les craintes que les acteurs ont manifesté quant au rôle de la HAS dans le pilotage scientifique du dispositif, lequel a finalement été confié à l'Etat et au CNCP qu'il préside ».

²⁸ Art L4022-8-I du CSP

²⁹ Art L4022-9-I du CSP

³⁰ Art R4022-9 du CSP

1.2.2.5 L'Agence Nationale du Numérique est chargée du système d'information de la CP

[114] La mise en œuvre d'une obligation individuelle pour plus d'un million de professionnels impose de s'appuyer sur un système d'information solide. Celui-ci doit permettre à chaque professionnel de choisir chacune des actions permettant sa certification, soit individuellement soit en lien avec son employeur³¹. Il doit permettre aux professionnels de savoir en permanence où ils en sont de leur obligation, mais aussi à leurs ordres de faire un bilan à mi-parcours, et de faire un bilan des actions réalisées en fin de période de certification.

[115] L'ordonnance prévoit de retracer les actions dans un compte individuel³², dont la gestion sera assurée par l'Agence du Numérique en Santé³³.

[116] Le projet de décret non encore publié précise que le téléservice portant le compte individuel, dénommé « Ma Certif Pro Santé », aura pour but de permettre aux professionnels de santé d'accéder aux référentiels, aux informations relatives aux actions qu'ils ont réalisées, aux justificatifs produits par les professionnels de santé. Ces informations devront être mises à disposition des ordres, du CNP dont dépend le professionnel de santé. La mission souligne l'importance d'organiser une information systématique des employeurs, qui ne doit pas se cantonner à une simple possibilité « le cas échéant » comme le prévoit le décret.

1.2.3 Bien que d'application obligatoire depuis le 1er janvier 2023, le dispositif n'est pas encore abouti

[117] Conformément à l'ordonnance du 19 juillet 2021, la certification périodique des professionnels de santé concernés a été mise en œuvre à partir du 1^{er} janvier 2023. Toutefois, de nombreuses interrogations subsistent sur plusieurs points majeurs, nécessitant des amodiations et compléments.

1.2.3.1 L'objectif général du dispositif n'est pas suffisamment clair et les référentiels ne sont pas prêts

- Malgré le guide d'élaboration des référentiels et les orientations scientifiques, le niveau d'exigence de la certification n'est pas défini.

[118] Deux options fondamentales restent ouvertes.

[119] La première consiste à considérer que la CP a pour objectif prioritaire de s'assurer que tous les professionnels des professions à ordre sont impliqués dans des démarches de garantie du maintien de leurs compétences. Le dispositif vise donc prioritairement à identifier ceux des professionnels qui participent peu à des formations ou à des congrès, qui ne sont pas inclus dans des démarches qualité ou d'amélioration des relations avec les patients, et qui ne prennent pas

³¹ Art L4022-2-III du CSP

³² Art L4022-10

³³ Décret 2022-1205 du 30 août 2022 relatif à la désignation de l'autorité administrative assurant la gestion des comptes individuels de la CP des professions de santé.

soin de leur propre santé. Dans ce cadre, le niveau d'exigence n'est pas prioritaire. L'objectif est d'identifier et d'accompagner les professionnels en marge. Il vise donc à certifier un maximum de professionnels.

[120] La seconde est beaucoup plus exigeante. Elle consiste à considérer la CP comme le moyen d'améliorer sans cesse les compétences professionnelles des personnes concernées, à partir de formations, d'évaluations externes, d'auto-évaluations, et au regard d'un niveau d'attendus qui doit être fixé collectivement.

[121] Dans les faits, la vision sur les exigences attendues est variable : selon les institutions, selon les CNP, selon le point de départ et le degré de maturité des acteurs.

[122] Si l'option générale n'a pas été clairement tranchée, en réalité le dispositif mis en place s'appuie de façon manifeste sur la première option, comme l'indique le nombre très limité d'actions obligatoires pour atteindre la certification (2 actions par axe en 6 ans). Toutefois, le système permet à des CNP d'attendre un certain degré d'exigences, et à d'autres de viser plutôt l'identification et l'accompagnement des professionnels en marge des dispositifs existants. Les différents interlocuteurs rencontrés – au niveau institutionnel et au niveau des représentants professionnels – s'appuient dans cette hésitation sur l'absence de modèle international définitivement probant, et sur la dynamique constatée dans les modèles les plus aboutis comme celui du Québec (Cf Annexe 6 Comparaisons internationales).

- Les référentiels et les catalogues d'actions ne sont pas prêts

[123] En premier lieu, en l'absence de définition précise de la notion de « référentiel » et de la notion « d'action » au regard des référentiels, les CNP interprètent de façon très différente la déclinaison opérationnelle du guide méthodologique de la HAS. Ainsi, si pour un grand nombre de CNP les référentiels se présentent principalement comme une liste d'actions ou de types d'actions (ex : « Actions de DPC réalisées par un Organisme de DPC »), certains CNP proposent des référentiels très détaillés en fonction non pas des actions finales, mais des attendus et des méthodes scientifiques devant présider à la définition des actions³⁴.

[124] En second lieu, les référentiels ne sont pas harmonisés, malgré le guide méthodologique. Si les CNP rattachés à la Fédération des Spécialités Médicales suivent une trame globalement commune, ils décrivent néanmoins les référentiels et les actions de façon différente. Il en est de même pour les CNP hors FSM et les CNP des professions non médicales, qui présentent des projets très différents. Le manque d'harmonisation s'étend à l'objet même de la certification, certains CNP exigeant un minimum d'actions supérieur à celui qui est prévu par l'ordonnance (par exemple : un minimum de trois actions sur l'interprétation des 8 actions sur 6 ans). Pour avancer sur ce point, le CNCP a pour objectif prioritaire en fin d'année 2024 d'installer les commissions professionnelles et de poser un cadre d'harmonisation des référentiels. Il convient toutefois de noter que les textes ne définissent pas l'articulation entre l'instance collégiale et les commissions professionnelles.

³⁴ A l'exemple du projet de référentiel des Infirmier Anesthésistes (IADE) qui pour chaque rappelle d'abord les compétences métiers des IADE, identifient les connaissances mobilisées par eux dans leur exercice, précisent les attendus de la certification, décrivent les références utilisées au national et à l'international, avant de suggérer des types d'actions.

[125] En troisième lieu, les référentiels ne prévoient pas de pondération des actions. Ce point est d'importance majeure. Ainsi, dans l'esprit de la « première option » décrit dans le paragraphe [134], certains CNP considèrent que l'abonnement à une revue professionnelle, la remise d'une fiche d'information au patient, l'élaboration de comptes-rendus structurés ou encore le suivi d'indicateurs qualité-sécurité dans un établissement de santé constituent des actions validantes, au même titre que le suivi d'une formation délivrée par un organisme agréé, la participation à des groupes d'analyse des pratiques ou encore la réalisation de missions d'expertise.

[126] Au final, au moment où le présent rapport est écrit et alors même que la démarche est engagée depuis le 1^{er} janvier 2023, certains CNP n'ont pas produit de projet de référentiel, et aucun projet de référentiel ni d'actions n'a été validé.

1.2.3.2 Les modalités et moyens de contrôle sont notoirement insuffisants

[127] Dans un système principalement décentralisé dont référentiels et actions sont de la responsabilité des représentants des professions, la qualité de l'ensemble du dispositif doit reposer sur un ensemble de garanties fortes : garantie du respect de l'intégrité des acteurs, et garantie du respect de la qualité scientifique des actions. Or, trois failles importantes existent dans le dispositif.

[128] La première concerne l'insuffisance d'indépendance dans la définition des objectifs scientifiques des actions. C'est en effet sous l'égide de la même entité – le CNCP – que sont produites les orientations stratégiques, les orientations scientifiques, les référentiels et les actions, ces deux dernières étant de la responsabilité des commissions professionnelles, qui constituent l'une des deux grandes instances du CNCP. Seules deux interventions extérieures sont prévues par les textes : celle du ministre en charge de la santé, qui arrête la méthode d'élaboration des référentiels mais après avis du CNCP ; et celle de la HAS, qui peut être saisie par le ministre en charge de la santé pour donner un avis sur les référentiels. Les conditions de saisine relèvent d'un décret qui n'a pas encore été pris. Toutefois, le projet de décret simple transmis à la mission prévoit une possibilité de saisine limitée, comme indiqué supra (Cf 1.2.2.3).

[129] La seconde porte sur la gestion des liens et conflits d'intérêt. Dès la mise en œuvre du CNCP, ce sujet a été au cœur des travaux de l'instance collégiale comme en attestent les comptes-rendus des réunions. Portée par les deux présidents du CNCP qui se sont succédé, elle a fait l'objet d'un avis fondateur daté du 25 janvier 2023. Il différencie deux situations : en premier lieu, celle des commissions professionnelles en sollicitant de tous les membres la production d'une DPI et la mise en place d'une commission déontologique au sein des commissions ou en inter-commission ; en second lieu les actions de certification, qui nécessitent pour tout concepteur d'action et tout intervenant que soient appréciée l'éligibilité des actions proposées dans les référentiels de CP, d'informer les commissions professionnelles et l'instance collégiale des modalités pratiques de son respect, et de veiller à l'indépendance financière de la certification³⁵. Après un avis de la DAJ au printemps 2024 relatif à la qualification des liens et conflits d'intérêt s'appliquant aux membres du CNCP et principalement à ceux des commissions professionnelles, des précisions ont été apportées aux instances collégiales de juillet et de septembre 2024. La mise en œuvre des principes n'a pas encore permis de valider la composition des commissions professionnelles.

³⁵ CNCP, Instance collégiale du 25 janvier 2023, Projet d'avis révisé relatif aux liens d'intérêts.

Toutefois, si les principes ont été arrêtés, le CNCP ne dispose d'aucune administration capable d'assurer le contrôle des liens et conflits d'intérêt qui peuvent se rencontrer non seulement au niveau de ses propres instances, mais aussi et surtout au niveau du choix des organismes chargés des actions de certification.

[130] La troisième concerne le contrôle des référentiels et des actions. Aucune instance n'a été prévue à cette fin dans le dispositif. Or, il ne serait pas acceptable que les CNP, rédacteurs des référentiels et des actions, soient également chargés du contrôle de leur adéquation avec les orientations scientifiques définies par le CNCP ou avec le guide de la HAS, soit directement soit par le biais des commissions professionnelles. Pour pallier cette difficulté, la DGOS a constitué un groupe informel d'experts, appelé « pôle d'évaluation ». Présenté à l'instance collégiale, il est composé d'experts ayant des profils de professionnels de santé, représentant différentes directions d'administrations centrales³⁶. Il s'est doté d'une grille de lecture de 25 items regroupés autour de quatre rubriques principales : les modalités d'élaboration des référentiels, les items du référentiel en référence au décret du 22 mars 2024, les modalités de déclinaison des attendus pour chacun des quatre axes, la prise en compte des critères pour garantir la qualité de chaque action (objectivité des connaissances professionnelles, scientifiques et universitaires, gestion des liens d'intérêt, aspects déontologiques notamment). Toutefois, il ne s'agit que d'un contrôle formel, établi sur une grille d'évaluation de 25 items, et non d'un contrôle scientifique sur le fond. De surcroît, même s'il appartient à la DGOS de s'organiser comme elle l'entend notamment pour préparer l'avis du ministre en charge de la santé, il est nécessaire que les membres du groupe présentent eux-aussi un DPI à fins de validation de l'absence de liens ou conflits d'intérêt dans les évaluations produites.

1.2.3.3 La mise en place du dispositif souffre de retards majeurs, et d'un pilotage insuffisant

- Des retards majeurs dans la production des textes et des règles applicables

[131] Plusieurs décrets prévus par l'ordonnance de 2021 restent en attente au moment de la rédaction du présent rapport. Le premier est prévu par l'article 4022-10 du CSP et porte sur le traitement des données à caractère personnel. Il est d'une importance majeure, puisqu'il concerne le support informatique de l'ensemble du dispositif. Il vise à préciser les droits et les devoirs liés au traitement des données contenues dans le téléservice dénommé « Ma Certif' Pro Santé ».

[132] Le second est prévu par l'article 4022-9 du CSP et concerne les modalités de contrôle de la certification périodique par les ordres professionnels. Il prévoit l'intervention des ordres dans le suivi à mi-parcours du déroulement de la CP, et renforce la sanction en cas de non-respect de la certification en prévoyant l'engagement systématique d'une procédure disciplinaire. La mission note que les modalités de « validation » des comptes de certification ne sont pas prévues dans ce projet, ni ce qui peut en être fait par les professionnels concernés.

³⁶ Composition du pôle évaluation : 22 personnes = 12 de la DGOS (conseillers médicaux, conseillers pédagogiques nationaux, chefs projet, chef du département numérique) / 4 de la DGS / 3 du SSA / 2 de la CNAM / 1 de la DGEIP

[133] Le troisième est prévu par l'article 4022-8 du CSP et précise les cas saisine de la HAS par le ministre en charge de la santé évoqué supra.

[134] Un quatrième décret en attente est prévu en vertu de l'article L4022-2-III du CSP, portant sur les choix des actions prévues au référentiel de certification périodique par les professionnels de santé salariés. Il a pour but de définir les modalités selon lesquelles l'employeur est associé au choix des actions.

[135] Enfin, l'article 4022-1-2° du CSP prévoit un décret en Conseil d'Etat définissant les modalités de financement du dispositif, qui est toujours en attente.

- Des retards dans la mise en place et la conduite du dispositif

[136] Par arrêté du 10 décembre 2021, le Professeur Lionel Collet avait été désigné Président du CNCP. Nommé président de la HAS par décret du 19 avril 2023, il n'a été remplacé à la présidence du CNCP qu'un an plus tard, en mars 2024, par l'arrêté du 08 mars 2024 qui nomme présidente une nouvelle personnalité qualifiée, Madame Nadiège Baille. Ainsi, alors même que l'ensemble du dispositif était en phase de montée en charge, aucune instance collégiale du CNCP n'a été réunie entre le 09 mars 2023 et le 18 avril 2024.

[137] La nomination d'une nouvelle présidente en avril 2024 a permis de reprendre un rythme soutenu de réunions d'instances collégiales – en avril, juillet, septembre 2024 - mais dans un cadre réglementaire toujours incomplet.

[138] Concernant le CNCP, si les présidents des commissions professionnelles ont été désignés par arrêté du 12 septembre 2022, permettant la tenue des instances collégiales, en revanche les commissions professionnelles n'ont toujours pas été constituées en raison des liens et conflits d'intérêts de certains de leurs membres. Suite aux positions prises par la CNCP en 2023, confirmées et précisées lors des instances collégiales de juillet et septembre 2024, les difficultés semblent en cours de règlement au moment de la rédaction du présent rapport. Toutefois, les commissions ne sont toujours pas constituées.

[139] L'article D 4022-4 du CSP prévoit qu'un règlement intérieur organise le fonctionnement de l'instance collégiale et des commissions professionnelles, afin de préciser notamment les règles relatives à la déontologie et à la prévention des conflits d'intérêt de ses membres. Si les sujets de fonctionnement du CNCP font l'objet de discussions comme en attestent les PV des réunions, en revanche le CNCP n'est pas encore doté d'un règlement intérieur ni d'une commission de déontologie au moment où le présent rapport est écrit.

- Des retards dans la conception et la production du compte personnel de certification périodique

[140] L'ANS est en charge du développement du système d'information de la CP. Le compte « Ma Certif Pro santé » est développé autour de trois objectifs rappelés par l'Agence auprès de la mission : ne pas induire de charge administrative supplémentaire pour les professionnels de santé ; fournir une plateforme numérique qui soit au service des professionnels de santé et aux parties prenantes pour faciliter l'application du dispositif ; garantir un cadre de sécurité.

[141] Un projet de convention a été établi entre l'ANS et le ministère en charge de la santé. Elle rappelle que le rôle de l'ANS est d'assurer la conception, la mise en œuvre et la gestion d'un système d'information permettant la gestion et l'alimentation des comptes individuels des

professionnels de santé, la consolidation et la diffusion de données et informations pertinentes à l'attention des parties prenante, et la mise à disposition des éléments d'informations sur le dispositif. La convention indique que le pilotage stratégique est de la responsabilité de la DGOS, et le pilotage opérationnel placé sous la responsabilité de l'ANS. Toutefois, la convention n'est toujours pas signée au moment de la rédaction du présent rapport.

[142] Plusieurs réunions ont eu lieu sous l'égide de l'ANS depuis 2022 pour poser les bases du futur système d'information. Toutefois, certains acteurs seulement ont été sollicités à date.

[143] Un prototype a été réalisé par l'ANS et présenté à un panel de professionnels de santé, permettant de valider des hypothèses au regard des réponses attendues par les utilisateurs.

- Dans l'architecture retenue, la HAS, l'ANDPC et les autres financeurs d'actions de formation (ANFH, FIFPL, FAFPM, OPCOs) devront effectuer le rapprochement entre les référentiels présents dans le SI avec les actions relevant de leur catalogue de formation. Les fournisseurs de données auront la charge de garantir la fiabilité des données d'actions réalisées transmises et devront être aptes à utiliser les API fournies par le SI pour communiquer ces actions de certification.
- Ceci suppose en premier lieu de mettre en place l'application Pro Santé Connect sur tous les SI Tiers afin de permettre une bascule entre les SI de manière transparente (pas réauthentification et reconnaissance du profil du PS pour avoir un parcours personnalisé) ; en second lieu d'harmoniser le design des SI ; en troisième lieu d'harmoniser les éléments de langage (mêmes terminologie) permettant une bonne compréhension du PS
- D'ores et déjà, une difficulté apparaît à la mission. Selon le principe retenu, le rapprochement des PS avec les spécialités faisant l'objet de certification se fera uniquement sur la base de l'Annuaire Santé (RPPS). C'est donc à partir de sa qualification ordinale que le professionnel se verra proposer le référentiel du seul CNP correspondant. Or, comme pour le DPC, ce principe peut poser problème pour les professionnels qui diversifient leur activité (médecins généralistes participant aux urgences par exemple). L'ANS a indiqué à la mission que le principe retenu, pour le professionnel souhaitant réaliser des actions de CP sur un référentiel autre que celui de sa qualification ordinale, est que le professionnel devra obtenir préalablement l'autorisation de ses autorités ordinales. Il semble à la mission que, pour éviter ce processus préalable qui risque de s'avérer long, le principe d'un contrôle aléatoire a posteriori pourrait être préféré pour laisser plus de souplesse au dispositif.

[144] S'agissant de l'appui numérique au contrôle de la réalisation des parcours de certification, le scénario actuellement envisagé est le suivant :

- la mise à disposition d'une API³⁷ aux 7 Ordres pour communiquer les comptes individuels et leurs données permettant le contrôle par les Ordres (Proposition actuelle demandé par les ordres d'avoir leur propre SI pour le contrôle et Pas de délivrance d'attestation de certification dans le SI Ma Certif Pro Santé demandée par le métier, contrôle a posteriori effectué par les Ordres)

³⁷ Une Application Programming Interface (API) est un programme permettant à deux applications distinctes de communiquer entre elles.

- la mise en place d'une API, permettant aux Ordres de récupérer l'état des lieux des certifications en cours, et le détail des actions effectuées,
- la mise en place d'une API Put, permettant de communiquer par les Ordres le statut d'un cycle de certification

[145] Toutefois, malgré l'engagement des travaux et d'une équipe dédiée, le point d'étape effectué en juin 2024 a conclu que les questions encore en suspens ne permettaient pas encore de lancer une expérimentation compte tenu des divergences de vision entre les acteurs, du manque de stabilisation des référentiels, et de la nécessité d'articuler le SI Ma Certif Pro Santé avec les systèmes d'information des autres dispositifs déjà en place.

[146] Les responsables de l'ANS en charge du sujet estiment qu'après que seront levées les questions clés de fonctionnement du dispositif d'ensemble, l'équipe aura besoin a minima d'un an avant qu'un outil informatique puisse être produit, expérimenté puis installé, ce qui ne permet pas d'envisager une mise en production avant le courant de l'année 2026. Au surplus, la suppression de l'obligation de DPC que propose la mission s'agissant des professions à ordres nécessiterait de revoir un certain nombre d'hypothèses de la construction du compte Ma Certif Pro Santé.

[147] Interrogés par la mission, les ordres ont indiqué qu'ils ne pouvaient quantifier les moyens nécessaires aux missions qui leur étaient confiées dans le cadre de la certification périodique dès lors que les arbitrages sur le système d'information n'étaient pas connus.

2 Les conditions nécessaires pour garantir la solidité et la lisibilité du dispositif

[148] Les deux principaux systèmes de maintien et d'amélioration des compétences que sont le DPC et la CP sont au milieu du gué au moment de la rédaction du présent rapport.

[149] Le dispositif du DPC n'a pas atteint ses objectifs, mais présente des particularités et intérêts réels pour les métiers de la santé, associant la formation continue, l'évaluation des pratiques professionnelles et la gestion des risques. De son côté, le dispositif de certification périodique pour les professions à ordre a été lancé sans être suffisamment prêt et nécessite des évolutions substantielles.

[150] Avant de faire des propositions sur un choix d'organisation, impliquant le devenir de l'ANDPC, il est indispensable de consolider les bases communes qui doivent constituer les conditions de fonctionnement du DPC et de la CP.

[151] Ces bases ont été discutées avec de nombreux interlocuteurs au cours de la mission, et conduisent à des recommandations concernant le socle permettant de garantir la solidité et la lisibilité du dispositif d'ensemble.

2.1 La mission propose la suppression de l'obligation de DPC pour les professions à ordre, mais son maintien pour les autres professions de santé

2.1.1 L'étendue de la CP permet de faire disparaître l'obligation de DPC pour les professions à ordre

[152] Comme indiqué supra, les axes 1 et 2 de la certification périodique (maintien des compétences et amélioration des pratiques) recouvrent le champ du DPC en embrassant une palette beaucoup plus large, seule condition à même de répondre aux besoins du plus grand nombre de professionnels notamment salariés. Ceci plaide pour une suppression de l'obligation de DPC pour les professions concernées qui ne comprennent pas pourquoi maintenir deux obligations poursuivant des finalités similaires. En sens inverse, maintenir les deux obligations selon des modalités plus restrictives pour le DPC que pour la certification périodique exposerait à des contradictions incompréhensibles puisqu'un professionnel pourrait satisfaire à l'obligation de certification périodique, seule obligation assortie de sanctions ordinaires, et, dans le même temps, ne pas satisfaire à l'obligation de DPC. De plus, laisser coexister les deux obligations imposerait de maintenir deux systèmes d'information différents, facteurs de coût pour la collectivité. La mission propose donc de supprimer l'obligation de DPC pour les professions soumises à la certification périodique, ce qui suppose des dispositions de nature législative. Elle appelle en contrepartie l'attention sur le risque de dégradation de la qualité globale du dispositif français de maintien et d'amélioration des compétences et des pratiques si le dispositif de certification périodique ne montait pas progressivement en puissance quant à ses exigences minimales en termes de contenu et de qualité scientifique des actions proposées.

Recommandation n°1 Supprimer l'obligation de DPC pour les professions à ordre

2.1.2 Les autres professions ont besoin de conserver le DPC

[153] Dans sa conception actuelle, le DPC constitue souvent une obligation difficile à satisfaire pour les professions non concernées par la certification périodique.

[154] Certaines professions ne disposent pas d'offre de DPC, notamment en termes d'évaluation des pratiques professionnelles, répondant à leurs besoins propres

[155] On peut distinguer deux groupes de professions :

- celles qui sont dans l'impossibilité de remplir l'obligation de DPC parce que l'offre qui leur est destinée ne contient pas d'action d'EPP ou de GDR (y compris dans des programmes intégrés) : médecins médicaux,
- celles qui ne peuvent remplir l'obligation qu'en suivant des actions multi professionnelles s'inscrivant dans le cadre des orientations relevant de la politique nationale de santé, avec une offre très limitée en matière d'évaluation des pratiques, par le biais de programmes intégrés : épithésistes (1 action d'EPP sur 44), ophtalmologistes (1 sur 30), orthopédistes (4 sur 92), orthoprothésistes (2 sur 81), podoprothésistes (2 sur 106).

[156] Les professions non financées par l'ANDPC peuvent éprouver des difficultés à trouver d'autres financeurs

- Pour les libéraux :

[157] Parmi les 11 professions de santé non nécessairement salariées et non prises en charge financièrement par l'ANDPC, 8 ne peuvent pas bénéficier du financement du FIF PL : il s'agit des 7 professions de l'appareillage médical (audioprothésistes, épithésistes, ocularistes, opticiens-lunetiers, orthopédistes-orthésistes, orthoprothésistes, podo-orthésistes), mais aussi des ambulanciers.

[158] Toutefois le catalogue du fonds n'identifie pas les actions de DPC figurant sur le catalogue de l'ANDPC et aucune action n'est proposée aux psychomotriciens. Néanmoins, le FIF-PL a indiqué à la mission que, si la demande lui en était faite, il pourrait typer les actions propres au DPC relevant de l'ANDPC sur son catalogue.

- Pour les salariés :

[159] L'OPCO *entreprises de proximité* couvre les salariés des pharmacies d'officine, des cabinets médicaux et dentaires et des laboratoires de biologie médicale mais aussi des salariés appartenant à une des activités très éloignées du champ de la santé.

2.1.2.1 La mission propose, pour les professions non concernées par la certification périodique, de maintenir l'obligation de DPC en adaptant le contenu

[160] Comme démontré ci-dessus, l'actuel champ des actions de DPC proposées à ces professions est trop étroit pour leur permettre de satisfaire à leur obligation ce qui fait peser sur elles un risque médico-légal sans, pour autant, leur donner les moyens de satisfaire à l'obligation. La mission propose donc de maintenir une obligation de DPC pour ces professions mais en adaptant les modalités.

Recommandation n°2 Maintenir l'obligation de DPC pour les professions sans ordre

2.1.3 Il est nécessaire d'élargir le champ du DPC

[161] Pour permettre à ces professions de valider leur obligation DPC, la mission estime nécessaire de supprimer le dispositif actuel d'orientations prioritaires. Comme démontré dans la première partie, elles sont en effet à la fois trop nombreuses, mais dans le même temps trop éloignées des besoins exprimés par les professionnels. Ainsi, les CNP seraient-ils invités à élaborer des référentiels de DPC dans le cadre d'un nombre limité d'orientations de santé publique et d'organisation du système de santé édictées par le HCDPC avec le concours de la HAS. Cela permettrait d'appuyer le DPC et la CP sur un modèle harmonisé.

Recommandation n°3 Modifier en profondeur le système des orientations prioritaires, en confiant aux CNP la rédaction de référentiels de DPC dans le respect d'orientations recentrées sur les objectifs de santé publique et d'organisation du système de santé définies par le Haut Conseil du DPC et/ou la HAS selon l'option organisationnelle retenue.

[162] Pour faire face à l'insuffisance de l'offre d'EPP pour ces professions, il est nécessaire que les pouvoirs publics s'attellent, en lien avec les communautés professionnelles, à encourager l'enrichissement de l'offre sur ce segment tout en adoptant, pendant une période transitoire, une attitude pragmatique consistant à ne pas subordonner la satisfaction de l'obligation de DPC à un couplage systématique entre formation continue et EPP tant que l'offre sur ce segment est insuffisante. Il reviendra à chaque CNP concerné de produire, en lien avec la DGOS, des référentiels de DPC adaptés aux besoins de la profession et à l'état de l'offre tout en veillant à l'intégration d'actions d'EPP et de GDR dès que cela est possible.

Recommandation n°4 Etudier pour les professions n'ayant pas d'offre d'actions d'évaluation des pratiques professionnelles les moyens de développer cette offre, et de façon transitoire de limiter le DPC à la formation continue

[163] Il conviendra parallèlement, tout comme pour la certification périodique, de bâtir un label commun aux différents financeurs de DPC une fois son champ élargi pour référencer les organismes de DPC et de passer d'un système d'évaluation a priori des actions qu'ils dispensent à une évaluation ciblée a posteriori mais assorti de sanctions significatives en cas d'insuffisance par rapport à un cahier des charges publié.

[164] Pour rendre les différents dispositifs plus cohérents et préfigurer une éventuelle extension à venir de la certification périodique à ces professions, la mission propose d'en harmoniser les durées (aujourd'hui trois ans pour le DPC et six ans pour la certification périodique) en les alignant sur la durée de six ans glissante en fonction de la date de début d'exercice du professionnel concerné ; les professions soumises au DPC devront donc effectuer quatre actions sur six ans (aujourd'hui deux actions sur trois ans).

Recommandation n°5 Aligner les durées des cycles de certification périodique, de DPC et d'accréditation des spécialités à risques sur une durée de six ans

[165] A moyen terme, il conviendra cependant de dresser un bilan du DPC par profession pour évaluer, à horizon 2029, si l'effort de promotion de l'offre de DPC et les aménagements proposés ci-dessus ont réellement permis de faire monter en charge le DPC.

2.2 Une évaluation a posteriori doit être mise en place pour le DPC et pour la CP

2.2.1 La définition de référentiels éthiques et scientifiques suffisamment précis est indispensable

[166] La mission a montré, dans la partie 1.1. du présent rapport, les limites du système d'évaluation a priori des actions de DPC adopté par l'ANDPC ; compte tenu du nombre important d'actions de DPC - qui sera démultiplié dans la certification périodique – un tel dispositif ne peut couvrir qu'une faible proportion des actions concernées. Par ailleurs, dans le cadre actuel cette évaluation est nécessairement théorique puisque l'action ne s'est pas encore déroulée.

[167] Cependant, pour pouvoir correctement mener des évaluations ciblées a posteriori, il convient que les conditions de qualité d'une action, que ce soit dans le champ de la certification périodique pour les professions à ordre que dans celui du DPC pour les autres professions, soient

clairement exposées dans les référentiels des deux dispositifs. En l'état, tel est le cas pour le DPC dont les conditions de réalisation de l'action sont encadrées dans des fiches de cadrage mais de façon trop restrictive en termes de spécialité éligible et d'enfermement dans des orientations prioritaires trop précises. A l'inverse, les référentiels de certification périodique se présentent souvent plus comme des catalogues d'actions sans définition de leurs critères de qualité. Une refonte de ces différents instruments est donc nécessaire dans cette optique étant entendu que, pour nombre des actions de maintien des compétences et d'amélioration des pratiques, des renvois aux fiches de méthode de la HAS après vérification par cette dernière de leur adaptation et de leur actualisation peuvent être faits.

Recommandation n°6 Définir dans des référentiels suffisamment précis les actions validantes et leurs conditions d'éligibilité, pour pouvoir réaliser des évaluations a posteriori et pouvant donner lieu à des sanctions

2.2.2 Les organismes financeurs doivent pouvoir agréer les organismes dispensant des actions doivent à partir d'un label commun de qualité

[168] Sur le champ de la formation continue des professionnels de santé, les procédures en la matière sont disparates :

[169] HAS, ANDPC et FAFPM exigent, sur leurs champs respectifs, un agrément systématique préalable des organismes au regard des critères administratifs et financiers, scientifiques et pédagogiques. A l'inverse, ANFH, FIFPL et OPCO n'exigent pas d'agrément préalable, le FIFPL exigeant cependant le label QUALIOPI, le FAFPM, sans l'exiger systématiquement, l'encourageant selon ses dires.

[170] Une première approche pourrait conduire à progresser vers l'exigence d'un label commun d'agrément des organismes concourant à la certification périodique qui s'imposerait à tous les opérateurs et bâti en concertation entre eux sous l'égide de la nouvelle agence de la certification périodique. La volonté d'assurer en amont la qualité des actions de certification pourrait plaider en ce sens

[171] Il s'agirait cependant d'un chantier ambitieux par lequel il faudrait rapprocher les points de vue d'opérateurs aux pratiques fort divergentes ; en cas de désaccord, la possibilité pour l'Etat d'imposer un label devrait faire l'objet d'une étude juridique.

[172] En tout état de cause, ce label ne pourrait être exigé que pour les activités de formation tant il paraît impossible d'exiger un référencement préalable des établissements et organismes menant déjà aujourd'hui, dans leur fonctionnement quotidien, des actions d'évaluation des pratiques.

[173] En sens inverse, la convergence vers une habilitation préalable des organismes peut être questionnée. La mission n'a eu connaissance d'aucune étude démontrant que la qualité des formations financées par les opérateurs les plus exigeants en matière d'enregistrement préalable étaient de meilleure qualité que celles financées par les autres opérateurs.

[174] Par ailleurs, il a déjà été indiqué, au moins s'agissant de l'ANDPC, que la lourdeur ressentie de la procédure d'enregistrement dissuadait de nombreux organismes, et notamment les EPS et les universités, de demander leur reconnaissance comme ODPC.

[175] Enfin, le nombre d'organismes concernés est déjà élevé et l'élargissement du champ de la certification périodique par rapport à celui de la seule formation continue serait encore plus consommateur de moyens si un haut niveau de labellisation préalable était exigé.

[176] Il serait donc envisageable de revenir, en matière de formation continue, au droit commun de ce champ et de n'exiger que le label QUALIOPI pour le référencement de l'ensemble des organismes et lien avec le label « Hcéres » pour les universités et établissements visés par le code de l'éducation nationale, le label CCESP pour les EESPIG, le label « CTI » pour les établissements d'enseignement supérieur. Il faut cependant préciser que celui-ci ne vise que la robustesse des process mis en œuvre et ne constitue pas une garantie de qualité pédagogique et scientifique.

[177] La spécificité du champ de la santé nécessiterait un contrôle préalable des conflits d'intérêt. Indispensable, ce contrôle constituerait néanmoins un allègement sensible par rapport à la procédure ANDPC.

[178] Les universités, qui font l'objet d'une évaluation régulière par le Haut conseil d'évaluation de la recherche et de l'enseignement supérieur (HCERES), autorité publique indépendant, et dont la part de marché dans le DPC a notamment été bridée par leurs difficultés à bâtir des dossiers de demande d'enregistrement, pourraient être dispensées de cette procédure de labellisation mis à part le contrôle des liens d'intérêt.

Recommandation n°7 Confier à une nouvelle entité en charge de la qualité de la certification périodique et du DPC l'élaboration d'un label commun de référencement des organismes habilités à mener ces actions. Ne pas y soumettre les universités qui sont déjà évaluées par une autorité publique indépendante.

2.2.3 L'évaluation a posteriori nécessite des sanctions lourdes en cas de manquement

[179] A cette fin, le logiciel de ciblage des actions à évaluer par les commissions scientifiques (CSI) de l'ANDPC pourra valablement être utilisé mais dans une perspective de ciblage a posteriori et non plus a priori ; Ces évaluations devront être menées au regard des conditions de qualité définies dans le cahier des charges mentionné au 1.3.1. Inversant la méthode de l'ANDPC, l'évaluation scientifique devra primer sur le contrôle administratif.

[180] Parallèlement, les agents de la nouvelle entité en charge de la qualité de la certification périodique et du DPC devront être légalement habilités à mener des évaluations sur place.

[181] Il conviendrait cependant de modifier en profondeur le mode de désignation des CSI, la désignation parmi des personnes désignées par les organisations représentatives des professionnels de santé n'ayant plus de sens depuis la disparition de la formation conventionnelle. Aussi, les membres devraient être nommés par le ministre chargé de la santé ou le directeur de la nouvelle agence pour un tiers parmi des personnes proposées par les CNP, pour un tiers parmi des personnes proposées par la HAS et pour un tiers parmi des personnalités qualifiées compétentes en matière de formation continue en matière de santé. La production de déclaration publique d'intérêts (DPI) serait toujours nécessaire.

Recommandation n°8 Evaluer a posteriori, de façon ciblée, les actions de certification périodique et de DPC et ouvrir la possibilité de réaliser des évaluations sur place.

2.3 Le rôle des acteurs institutionnels dans le processus de pilotage des dispositifs doit être clarifié

[182] La convergence de contraintes a constitué une entrave majeure au fonctionnement de l'ANDPC et par là-même du dispositif du DPC. En effet, le même opérateur est en charge de six fonctions :

- de financement d'une partie des professionnels de santé – les professions conventionnées que sont les sept professions à ordre, les orthophonistes, les orthoptistes et les biologistes
- de la définition des orientations stratégiques de l'ANDPC et du DPC
- de la promotion du DPC auprès de tous les professionnels de santé
- de l'agrément des opérateurs
- de l'évaluation des actions pouvant faire l'objet d'un financement
- de la validation individuelle de l'obligation de DPC

[183] Cette convergence de missions s'est avérée peu compatible avec le déploiement du DPC, d'une part parce que l'Agence s'est trouvée juge et partie dans la définition des actions valant validation du DPC, d'autre part parce qu'elle a contraint l'Agence à poser comme priorité le respect de l'enveloppe financière qui lui était donnée.

[184] Les Orientations Prioritaires ont permis de gérer cette difficulté, mais au prix d'une distension des liens avec les représentants des professions, du fait de la difficulté à intégrer l'ensemble des demandes de formation de chaque profession, et la nécessité d'une approche pluridisciplinaire des formations.

[185] Par ailleurs, les liens historiques entre les syndicats de professionnels de santé libéraux et les organismes de formation posent question au regard de la composition des actuelles instances de l'ANDPC (sections professionnelles et CSI) et de la certification périodique (rôle central des CNP dans le CNCP) dans un climat marqué par la montée en puissance, dans la jurisprudence, de la théorie de l'apparence et de concurrence croissante entre organismes de formation. Ainsi, en 2021, l'ANDPC notait, au sujet des propositions de nomination dans les sections professionnelles qui répartissent les enveloppes dédiées au DPC des libéraux entre forfaits pédagogiques et indemnisation des professionnels « Si à ce jour aucun des membres proposés au sein des SP n'est membre d'une instance dirigeante d'un organisme ou d'une structure de DPC ainsi que d'une autre instance de l'Agence conformément à ces mêmes dispositions, il apparaît après étude des DPI, que nombre d'entre eux ont des responsabilités au sein de leur syndicat, syndicat étroitement lié à un organisme de DPC. Outre qu'ils ne déclarent pas tous exhaustivement leurs liens, ils ont en effet des mandats électifs au sein de syndicats étroitement liés avec des organismes de DPC : le président de certains syndicats est également président de l'ODPC ».

[186] Il est donc essentiel de ne pas reproduire ce schéma, en clarifiant l'attribution des responsabilités du pilotage du dispositif.

[187] La mission considère qu'il est nécessaire de garantir la séparation de quatre blocs majeurs de compétence :

- **La définition des actions** doit être effectuée par les représentants des métiers, à partir du cadre posé par l'Etat et dans le respect des orientations méthodologiques de la HAS ;
- **Le financement du dispositif** ne doit pas être de la responsabilité de l'instance en charge de son pilotage ;
- Les financeurs doivent être en charge, chacun pour ce qui le concerne, de **l'établissement d'un catalogue d'actions** et de **l'agrément des opérateurs** d'actions, qu'ils soient publics ou privés, institutionnels ou non, et du **contrôle des opérateurs** au regard du cahier des charges des actions qui leur est fixé.
- Le dispositif doit prévoir une modalité claire de **contrôle et d'évaluation scientifique** indépendante des acteurs que sont les représentants des professionnels de santé (notamment les CNP), et indépendante de ses instances de pilotage opérationnel.

Recommandation n°9 Faire assurer par des organes différents le financement, la définition des référentiels et des actions, et les opérations d'évaluation et de contrôle.

2.4 Le dispositif n'est soutenable financièrement que sous certaines conditions

2.4.1 Le montant consacré en 2023 aux actions de formation continue, d'EPP et de GDR ainsi qu'au financement des plans de formation des professions à ordre s'établit autour de 438 M€ et peut être réaffecté à la CP

[188] Le financement existant des actions de maintien et d'amélioration des compétences pour les professions à ordre est assuré par cinq opérateurs principaux³⁸, pour un montant évalué en 2023 à 438 M€.

[189] Ce montant porte principalement sur les actions de formation continue, d'EPP, de GDR et les congrès. Il inclut le financement des plans de formation des établissements de santé adhérents à des fonds mutualisés de formation. Il exclut les dépenses consacrées aux comptes de formation professionnelle et les études promotionnelles. Il exclut également les financements assurés par les établissements de santé qui gèrent eux-mêmes leurs actions de formation sans passer par un opérateur-financeur, dont l'AP-HP.

[190] Des biais méthodologiques existent. En effet, le contenu des financements est différent selon les opérateurs. Il couvre dans tous les cas les frais pédagogiques. Toutefois, le financement des frais logistiques annexes n'est pas standard et dépend des financements disponibles (frais d'hôtellerie, de déplacement). Les charges d'indemnisation des professionnels sont incluses pour dans les coûts de l'ANDPC (sur une base juridique non fiabilisée). Les coûts de l'ANFH incluent pour partie des charges de remplacement des personnels partis en formation.

[191] Sous ces réserves, la répartition en 2023 entre financeurs s'établit comme suit :

³⁸ Un sixième opérateur intervient, l'OPCO Entreprises de Proximité, et concerne en particulier les pharmaciens salariés. Il n'est pas compté dans cette évaluation, les éléments transmis n'ayant pas permis de valider le montant précis dédié au financement de cette profession.

Tableau 3 : Financement des actions de formation par financeur et catégorie juridique de bénéficiaire en 2023

Financements 2023			
	Salariés	non salariés	total
ANFH	145 721 252		145 721 252
OPCO S	33 034 966		33 034 966
ANDPC		214 471 296	214 471 296
FAF PM		12 766 554	12 766 554
FIF PL		32 611 768	32 611 768
Total	178 756 218	259 849 618	438 605 836
Part en %	40,76	59,24	100

Source : Mission, à partir des informations données par chaque financeur

2.4.2 Les financements du DPC actuel dédiés aux professionnels à ordre sont susceptibles de couvrir entre 3 et 4 actions payantes par professionnel de santé

[192] Partant du maintien du DPC pour les seules professions sans ordre, la mission a analysé la capacité du dispositif actuel à financer la CP pour les professions à ordre, en procédant de la façon suivante.

- Dans un premier temps, a été extrait le coût moyen des actions des différents opérateurs, en divisant le coût des actions financées en 2023 par le nombre d'actions financées. Une prudence méthodologique s'impose, dans la mesure où la notion « d'action financée » n'est pas entendue strictement de la même façon selon les opérateurs. De plus, le
- Dans un second temps, le coût moyen a été pondéré au sein de chaque catégorie d'acteurs : salariés et non-salariés, puis un coût pondéré global a été calculé ;

Tableau 4 : Coût moyen pondéré des actions financées en 2023 par profession à ordre

	Coût pondéré
Médecins	736 €
Pharmaciens	616 €
Chirurgiens-dentistes	780 €
Sage-femmes	609 €
Infirmiers	513 €
Masseurs-kinésithérapie	626 €
Pédicures-podologues	608 €

Source : Mission

- Dans un troisième temps, la mission a défini le nombre d'actions finançables sur six ans par profession de chacune des professions à ordre, en divisant le montant cumulé dépensé sur six ans (extrapolé à partir des dépenses constatées en 2023) par le coût moyen pondéré des formations.

Tableau 5 : Détermination du nombre théorique d'actions finançables par professionnel à ordre sur six ans

	Nombre d'actions finançables					
	Financement 2023 en €	Coût moyen pondéré des actions en €	Financement théorique sur 6 ans en €	Nombre d'actions finançables sur 6 ans	Nombre de PS cible	Actions finançables par PS sur 6 ans
Médecins	137 293 603	736	823 761 618	1 118 502	228 858	4,89
Pharmaciens	19 276 764	616	115 660 584	187 653	73 574	2,55
CD	29 952 009	780	179 712 054	230 497	44 145	5,22
SF	12 538 447	609	75 230 682	123 445	23 764	5,19
IDE	194 091 458	513	1 164 548 748	2 269 380	649 314	3,50
MK	38 864 738	626	233 188 428	372 514	91 485	4,07
PP	6 588 817	608	39 532 902	65 065	13 960	4,66
total	438 605 836		2 631 635 016	4 367 057	1 125 100	3,88

Source : Mission

[193] Ce tableau indique que, sous réserve de plusieurs biais méthodologiques et à la condition que l'intégralité des financements de l'actuel DPC pour les professions à ordre soit éligible au financement de la CP, les financements disponibles aujourd'hui pour le DPC des professions à ordre permettraient de financer en moyenne 3,8 actions par professionnel de santé sur 6 ans, avec des différences entre les professions.

[194] Pour cerner le caractère opérationnel du nombre d'actions finançables au regard des besoins réels, la mission a analysé dans le détail les actions ou catégories d'actions proposées par la moitié des CNP. Ce travail a consisté à isoler au sein des 1475 propositions d'actions recensées et détaillées par bloc de certification celles qui correspondent à des actions payantes et celles qui ne nécessitent aucune facturation (Cf : ANNEXE 3).

[195] Ce travail comporte des biais méthodologiques qu'il convient de souligner. En particulier : la liste des actions n'est pas encore arrêtée, tous les CNP n'ont pas encore produit de référentiel, et la notion de « payant » ou « non payant » n'est clairement définie que pour les actions relevant d'un organisme identifié (par exemple : action réalisée par un organisme de DPC ou un organisme de formation labellisé Qualiopi) mais peut prêter à interprétation lorsqu'une même action n'est pas facturée pour un professionnel interne à un établissement, et facturée pour un bénéficiaire externe.

[196] Sous ces réserves, l'analyse sur 31 CNP montre qu'autour de 32 % des actions sont payantes, avec des écarts types importants selon les CNP. La répartition par profession est la suivante : 33 % pour les médecins, 51 % pour les pharmaciens, 36 % pour les chirurgiens-dentistes, 16 % pour les infirmiers, 32 % pour les masseurs-kinésithérapeutes.

[197] Ces pourcentages ont été appliqués aux 8 actions théoriques par an professionnel, ce qui a permis de définir le nombre moyen d'actions à financer en 6 ans. Ce nombre est comparé au nombre d'actions payantes finançables. Le tableau ne prend pas en compte les sage-femmes ni les pédicures-podologues, dont la mission n'a pas eu connaissance des projets de référentiels. Elle n'intègre pas non plus les pharmaciens, faute d'une information complète sur les financements par l'OPCO EP.

Tableau 6 : Part des actions finançables sur 6 ans

	A	B	D
	% d'actions payantes selon les référentiels	nombre d'actions à financer sur 6 an (A*8)	nombre d'actions finançables sur 6 ans
Médecins	33 %	2,64	4,89
CD	36 %	2,88	5,22
IDE	16 %	1,28	3,5
MK	32 %	2,56	4,07

Source : Mission

[198] Au final, la part d'actions finançables sur six ans semble proche, par profession, de la part des actions nécessitant un financement dans les projets de référentiels.

[199] Cela montre qu'il est possible de soutenir la réalisation des actions de CP pour les 1 125 100 professionnels à ordre, sous deux contraintes : d'une part, à l'inverse de la situation actuelle, il n'est pas possible de financer plusieurs formations par an par bénéficiaire (le nombre de personnes formées actuellement étant très inférieur à la cible), le plafond étant fixé par le nombre d'actions finançables en 6 ans ; d'autre part, à l'inverse des actions de DPC, la prise en compte très large des actions non payantes permet de compléter les 8 actions à réaliser sur 6 ans par professionnel.

2.4.3 Les conditions de soutenabilité nécessitent de revoir les règles appliquées au financement des actions de DPC

2.4.3.1 Harmoniser les règles de décompte pour permettre un suivi global du dispositif

[200] Pour rendre possible un pilotage national Il est indispensable que l'Etat, l'Assurance Maladie, la HAS en tant que régulateurs, le CNCP et le Haut Conseil du DPC en tant que pilotes, les financeurs, et les professionnels de santé via les CNP puissent disposer d'une information annuelle

fiable permettant de faire un point lisible sur le financement des dispositifs de maintien et d'amélioration des compétences.

[201] A cette fin, il est nécessaire d'harmoniser les définitions et les modalités de calcul. Cela concerne :

- la définition des objets financés : les types de formations financées, les frais couverts (notamment frais pédagogiques, inscriptions aux congrès, frais logistiques, indemnisation, financement de remplacement) ;
- la définition du DPC. A cet égard, la suppression de l'obligation de DPC pour les professions à ordre et la transformation de l'ANDPC, proposées dans le présent rapport, donnent l'opportunité de fonder le DPC restant pour les autres professions sur une définition nouvelle, précise et partagée ;
- la définition du nombre d'actions financées et du nombre de bénéficiaires ;
- le chaînage pluriannuel des formations par professionnel concerné.

Recommandation n°10 homogénéiser les définitions utilisées par l'Etat, les CNP, les ordres, la HAS et les financeurs afin de pouvoir réaliser un suivi des actions et des financements

2.4.3.2 Limiter le coût des actions financées pour permettre une augmentation de leur nombre

[202] Les coûts moyens des différentes formations calculés figurant dans le tableau ci-dessus indiquent des différences très notoires entre les financeurs et les parcours. A l'instar de la Cour des Comptes dans son rapport de 2024, la mission note le coût sensiblement plus élevé des formations proposées par l'ANDPC par rapport aux autres financeurs : presque le double du coût de l'OPCO santé, pour les médecins, et deux-tiers de plus par rapport à l'ANFH. Naturellement les coûts ne sont pas directement comparables, puisqu'ils intègrent à l'ANDPC l'indemnité de formation.

[203] Pour autant, une meilleure maîtrise du coût des formations et sa réduction doit constituer une cible pour permettre d'augmenter le nombre de formations payantes. Plusieurs actions doivent être privilégiées :

- la montée en charge des actions proposées par des opérateurs publics, notamment des universités, à la faveur d'une modification des règles de sélection des organismes agréés, dans le respect des règles de la concurrence ;
- l'alignement de la prise en charge des frais pédagogiques à la session et non au forfait horaire, comme le fait aujourd'hui, seule, l'ANDPC ;
- la mise en place de barèmes de financement des formations en e-learning et une harmonisation des conditions de versement des indemnités compensatrices qui, en tout état de cause, ne devraient plus être versées lorsqu'elles ne sont pas justifiées (formations hors du temps de travail, e-learning...) ;

- la définition de règles communes de financement, pour réduire les actions engagées mais non terminées. Une discussion devrait être ouverte au sujet des modalités même de remboursement : soit le maintien du système actuel d'un financement intégral par les financeurs en amont de la formation ; soit un principe d'avance des frais par les professionnels, suivi d'un remboursement effectif sous réserve que la formation ait été intégralement suivie.

Recommandation n°11 Réduire le coût unitaire des actions payantes, afin d'augmenter le nombre d'actions susceptible d'être financé

2.4.4 Les financements CNAM confiés à l'ANDPC doivent être versés directement aux autres financeurs

[204] Le financement du DPC est aujourd'hui assuré par six financeurs principaux :

- Pour les professionnels libéraux : l'ANDPC pour dix professions libérales ainsi que pour les salariés de centres de santé, le FAF PM pour les médecins libéraux, le FIF PL pour quelques professions libérales en dehors des médecins ;
- Pour les professionnels salariés : l'ANFH pour les salariés publics, l'OPCO santé et l'OPCO EP pour les salariés du secteur privé. L'ANDPC a également pour mission de verser 1,5 M€ à l'OPCO Santé et 3,5 M€ à l'ANFH au titre de la participation au financement du DPC, dans le cadre d'une convention.

[205] Les seuls fonds provenant directement de l'Assurance Maladie sont aujourd'hui transférés de la CNAM à l'ANDPC, qui se trouve donc en situation de gérer le financement du dispositif de DPC dans le périmètre qui est le sien, en sus des autres missions qui lui sont attribuées.

[206] Pour sortir la contrainte financière du champ du pilotage des dispositifs de DPC et de CP, il est nécessaire que les fonds transférés par l'Assurance Maladie à l'ANDPC soient désormais répartis sur les deux Fonds que sont le FAF PM et le FIF PL au prorata des sommes réservées, et que les 5 M€ d'appui de l'ANDPC au financement du DPC soient transférés à l'ANFH et à l'OPCO Santé.

[207] Acceptabilité / possibilité concrète à compléter après le retour de la DSS et du FAF PM

Recommandation n°12 Verser directement les financements de l'Assurance Maladie dédiés aux professionnels libéraux aux FAF PM et au FIF PL, et les financements complémentaires dédiés aux professionnels salariés à l'ANFH et à l'OPCO Santé.

2.5 Un système de pondération des actions doit être mis en place

[208] Les modalités de décompte des actions réalisées pour atteindre la cible de la certification périodique sont essentielles. Elles portent sur des actions de nature différente, du point de vue de la charge pour les financeurs (payantes et non payantes) et du point de vue des exigences qu'elles supposent pour leur bénéficiaire.

[209] Pour prendre en compte ces éléments, il est nécessaire de mettre en place un système de pondération des actions, et un système d'information permettant de reconnaître les actions payantes et les actions non payantes.

2.5.1 Il est nécessaire d'introduire une pondération des actions en leur attribuant des points de validation

[210] Le dispositif de la CP prévoit aujourd'hui que soient justifiées à minima 2 actions par bloc sur six ans, soit huit actions en six ans.

[211] Les propositions du rapport IGAS de 2020 visant à mettre en place un système de « points » permettant de pondérer les actions n'ont pas été retenues. Pourtant, deux éléments majeurs apparaissent dans les propositions de référentiels des CNP :

- d'une part, les actions ont des natures extrêmement différentes et engagent leurs auteurs dans un processus d'amélioration des compétences très variables. Ainsi, même si le fait d'être abonné à une revue peut être considéré comme le signe d'un intérêt pour la discipline, cette action (« s'abonner à une revue professionnelle ») n'a aucune commune mesure d'engagement avec le fait de participer à une formation pluriannuelle diplômante à titre d'exemple.
- d'autre part, le simple nombre d'actions n'est pas discriminant sur le coût ni sur les modalités de financement des actions. Or, certaines actions sont par nature payantes, dans la mesure où elles requièrent le recours à un prestataire externe à sa propre organisation (organisme de DPC, organisme formateur justifiant d'un label Qualiopi, etc).

[212] Il est donc nécessaire de modifier l'approche de la certification, en passant d'un « nombre d'actions » cible (deux actions par bloc soit huit actions en six ans) à un « nombre de points » cible, pouvant être atteints en fonction des points associés aux différents types d'actions. Cela permet de prendre en compte différemment des actions d'une nature et d'une profondeur d'implication différentes.

[213] La pondération doit être produite par les CNP, mais sur la base d'un guide de pondération permettant une harmonisation entre les disciplines.

[214] Certains CNP ont d'ores et déjà transformé l'obligation du nombre d'actions en nombre de points ou crédits. Ainsi en est-il de la proposition de référentiels des Infirmiers Anesthésistes Réanimateurs, qui propose que la certification soit obtenue par l'acquisition d'un total de 100 crédits. Toutefois, cette démarche, non prévue par les textes, est extrêmement minoritaire à date.

Recommandation n°13 Définir la cible de validation de la CP sous forme de points à atteindre, et pondérer les actions en leur affectant des points.

2.5.2 Le compte individuel Ma Certif Pro Santé doit permettre de gérer les actions payantes et non payantes dans la perspective de la certification à partir d'un droit de tirage financier individuel

[215] Bien que les référentiels proposés par les CNP ne soient pas encore validés, ils donnent une idée assez précise de ce que pourront être les actions de CP.

[216] La notion « d'action payante » concerne les actions dont la réalisation est conditionnée à un paiement assorti d'un flux financier. Il s'agit par exemple des formations académiques (Diplômes Universitaires), ou des formations réalisées par un organisme tiers (Organisme de DPC

par exemple). Cette notion peut varier selon les cas. Ainsi, une action de simulation en santé effectuée au sein d'un établissement ne donne pas nécessairement lieu à paiement ni sortie de trésorerie pour les personnels internes à l'établissement, mais peut faire l'objet d'une facturation pour des personnels venant de l'extérieur.

[217] Les travaux réalisés par la mission (Cf 2.3.2 et Annexe financement) ont permis d'analyser dans le détail les propositions de 31 CNP, soit la moitié des CNP. Au total, sur 1475 actions proposés, 472 sont payantes soit 32 %. Ce chiffre unique masque des différences importantes selon les CNP, et dépend de la définition des actions payantes, mais il donne une indication globale.

[218] Pour assurer le financement du dispositif tout en garantissant à chaque professionnel la capacité d'atteindre le nombre de points nécessaires à la validation de sa certification, la mission propose une modalité de gestion appuyée sur les principes suivants :

- les sommes dédiées à chaque opérateur sont divisées chaque année par la population cible, afin de définir une enveloppe individuelle d'actions payantes.
- les actions payantes sont clairement identifiées dans chaque catalogue, assorties de leur coût et d'un nombre de points de validation. Les actions non payantes sont elles aussi assorties d'un nombre de points de validation, selon les modalités définies plus haut.
- avant le début de l'année n, chaque professionnel de santé saisit sur son compte Ma Certif Pro Santé les actions qu'il souhaite mener l'année n, payantes et non payantes.
- l'application lui indique le montant des actions payantes et les crédits individuels disponibles, provoquant un blocage en cas de dépassement prévisionnel. Si le professionnel n'a pas en n les crédits individuels suffisants pour financer l'action, il peut reporter son droit de tirage en n+1 pour cumuler des crédits. Cela suppose que les crédits relevant de chaque financeur ne soient pas fongibles entre bénéficiaires, de sorte que chacun d'entre eux puisse reporter ses crédits non consommés sur les années ultérieures.
- En début d'année n, les actions payantes validables (compte tenu du droit de tirage individuel disponible) sont engagées. Elles ne font l'objet d'un mouvement de trésorerie qu'à la condition qu'elles aient été effectivement réalisées.
- En début d'année n, chaque professionnel peut, de façon responsable, avoir une vision claire sur les actions qu'il suivra dans l'année, en ayant une information sans cesse à jour sur les points de validation restant à obtenir en vue de la certification six ans après le début de la démarche, qu'ils soient obtenus par des actions payantes ou non payantes.
- Conformément aux modalités de suivi et d'accompagnement prévues à date dans les textes, les ordres peuvent suivre en temps réel le niveau de réalisation des actions payantes ou non de certification.

[219] La mission a présenté cette modalité à l'ANS, qui la juge possible sur le plan technique. Le temps de développement doit être précisé.

Recommandation n°14 Attribuer un droit de tirage financier individuel sur six ans à chaque professionnel de santé pour financer les actions payantes

2.6 L'impact des dispositifs sur les pratiques doit être évaluée

[220] Il n'existe pas de mesure générale d'un dispositif de certification ou de DPC sur l'évolution des pratiques et la santé des patients à tel titre qu'un rapport de la Commission européenne ³⁹Indiquait en 2013 qu'il n'était pas prouvé que le DPC obligatoire soit meilleur que le DPC volontaire ou vice versa. Il n'était pas non plus clairement démontré que le DPC contribuait aux résultats positifs de la sécurité des patients. » Le même rapport indiquait que sur 150 répondants au questionnaire que la Commission avait adressé aux différents pays, seuls six avaient répondu avoir connaissance d'étude d'impact. Pour autant, comme indiqué dans l'annexe relative aux comparaisons internationales, certains pays tiennent compte dans la certification des professionnels de santé d'indicateurs de santé de leur patientèle.

[221] Il existe en revanche quelques études d'impact spécifiques telle celle d'un programme de DPC sur le dépistage du cancer colorectal (CCR) dans les départements de l'Ardèche et de la Drome en 2013⁴⁰.

[222] Cette étude montre autant l'intérêt de leur conduite (cette étude concluait au faible impact du programme en termes d'augmentation du nombre de tests réalisés par les patients même si le nombre de test était supérieur dans le groupe formé) mais aussi la difficulté à dégager l'impact propre au DPC par rapport aux autres variables influençant la santé des patients (appétence des patients pour les tests, autres canaux de sensibilisation).

[223] Pourtant, la réalisation de ce type d'études fait bien partie des missions du Haut conseil du développement professionnel continu (HCDPC) créé auprès de l'ANDPC en 2016. Mais cette instance n'a pas pu être réunie de 2019 à mi-2024.

[224] Ce n'est qu'à l'initiative de la direction de l'ANDPC qu'un partenariat a récemment été envisagé avec l'institut de recherche de l'économie en santé (IRDES) selon une méthode de contrefactuel avec un groupe de professionnels ayant suivi des actions de DPC d'une part et un groupe n'en ayant pas suivi) en débutant par l'étude des actions menées dans le cadre de l'orientation prioritaire « juste prescription des antibiotiques et prévention des infections ». Cette orientation peut en effet être observée à partir d'un indicateur ROSP (rémunération par l'assurance maladie de l'engagement des professionnels libéraux engagés dans une action de santé publique cependant aujourd'hui disparue) et d'un indicateur relatif aux prescriptions présent dans le SNDS. Cette étude n'en est cependant qu'aux prémises.

[225] Compte tenu de l'importance de la dépense publique liée à la certification périodique et au DPC (environ 500 M€/an), il paraît pourtant indispensable d'en mesurer l'impact. La mise en place d'études en la matière devrait constituer une des priorités de la future instance scientifique à

³⁹ EAH/2013/Santé/07 étude concernant l'examen et la cartographie du développement professionnel continu et de l'apprentissage tout au long de la vie pour les professionnels de santé dans l'UE contrat n°2013 62 02.

⁴⁰ Santé Publique 2013/6 Vol. 25 : Impact d'une formation pour les médecins généralistes sur la participation au dépistage du cancer colorectal par Émilie Thu-Thon, Rodolphe Charles, Patrick Froger, Bruno Meyrand, Étienne Paré Et Béatrice Trombert.

mettre en place qui devrait, à cette fin, collaborer avec la CNAM et le SNDS pour automatiser le suivi des indicateurs associés.

Recommandation n°15 Mettre en place des évaluations de l'impact médico-économique des différents dispositifs de maintien et d'amélioration des compétences.

3 Trois scénarios possibles de transformation sont proposés

[226] Sur la base des constats effectués dans le premier chapitre, et du socle commun de conditions établi dans le second, la mission est amenée à proposer trois scénarii d'évolution, qui comportent deux points communs centraux : d'une part la disparition de l'ANDPC en tant qu'agence de pilotage du DPC chargée du financement de dix professions libérales, d'autre part la mise en place d'une structure de gestion opérationnelle en charge à la fois de la CP pour les professions à ordre et du DPC pour les autres professions.

3.1 La transformation de l'ANDPC en établissement public national chargé de la gestion opérationnelle de la CP pour les professions à ordre et du DPC pour les autres professions

3.1.1 Le recentrage du pilotage stratégique sur le CNCP pour la CP et sur le haut Conseil du DPC pour le DPC

[227] En l'état des textes, le CNCP est chargé d'établir des orientations scientifiques que les CNP doivent décliner dans les référentiels de certification périodique. Pour donner à la certification périodique tout son rôle de levier dans la transformation du système de santé, il serait souhaitable d'élargir cette notion aux orientations de santé publique et de management du système de santé. A ce titre, la HAS, SPF et le HCSP ainsi que les administrations centrales du ministère chargé de la santé devraient être associés à la définition de telles orientations. Pour être pleinement efficaces, la fixation de ces orientations devrait suivre un schéma différent de celui qui préside à la fixation des orientations prioritaires du DPC dont le nombre est beaucoup trop élevé ; le nombre d'orientations en la matière ne devrait pas dépasser une vingtaine. Selon le même processus, un nombre ramassé d'orientations prioritaires devraient être fixées par le Haut conseil du développement professionnel continu, en concertation avec les mêmes autorités, pour les professions restant soumises à cette obligation.

[228] Pour assurer la synergie d'ensemble du système, deux membres de la nouvelle entité scientifique (cf. infra) commune à la certification périodique et au DPC devraient intégrer le CNCP et le HCDPC.

[229] Compte tenu de ce recentrage sur des fonctions stratégiques, les deux instances (CNCP et HCDPC) devraient être rattachées au ministère chargé de la santé.

3.1.2 La nécessité de mise en place d'instances scientifiques distinctes des instances stratégiques

[230] Pour la première vague de référentiels, l'instance collégiale du CNCP, s'appuyant sur les experts réunis par la DGOS, est la seule instance, avec la DGOS, en capacité d'harmoniser les projets de référentiels.

[231] Cependant, d'une part, cette instance n'inclut pas la HAS qui a bâti le cadre méthodologique des référentiels et, d'autre part, est majoritairement composée de représentants des professionnels de santé et des ordres professionnels.

[232] Par ailleurs, nombre de projets de référentiels des CNP prévoient des actions dites « libres » qui pourront, sur demande du professionnel, obtenir le label des CNP compétents.

[233] Tant pour l'actualisation des référentiels que pour la labellisation des actions libres, il serait légitime de mettre en place une instance de validation qui pourrait être commune à la certification périodique et au DPC.

[234] Cette instance serait chargée de :

- recenser l'état de la connaissance scientifique et les expériences nationales et internationales en matière de développement professionnel continu et de certification périodique ;
- formuler des propositions relatives à la qualité, l'organisation, la mise en œuvre et la promotion des actions de certification périodique et de DP ;
- valider l'actualisation des référentiels et les actions dites « libres » de certification périodique et des référentiels de DPC élaborés par les CNP ;
- évaluer, en lien avec les organismes compétents en matière d'évaluation des politiques publiques dans le domaine de la santé, l'impact de la mise en œuvre de la certification périodique et des méthodes de développement professionnel continu, sur les pratiques professionnelles, la santé des patients et l'efficience des dispositifs.

[235] Elle pourrait être composée d'un président nommé par les ministres chargés de la santé et de l'enseignement supérieur, des présidents des 8 CSI dès lors que leur mode de désignation serait modifié (cf.infra), de 4 représentants de l'Etat désignés par les ministres précités, de 4 personnes désignées par la conférence des doyens d'université, d'un représentant du HCSP, d'un représentant de SPF, et des représentants du CNP concerné par la séance.

[236] La HAS demeurerait, comme aujourd'hui, une instance d'appel à l'initiative du ministre chargé de la santé, du CNCP ou de l'instance scientifique.

3.1.3 La transformation de l'ANDPC en établissement public

3.1.3.1 Le statut et la gouvernance de la nouvelle agence de certification périodique

[237] Les rapports précédents ont illustré l'inadéquation du statut de GIP de l'ANDPC à un fonctionnement satisfaisant. Au demeurant, la présence de l'assurance maladie dans ce GIP n'avait de sens que par survivance d'un passé de la formation conventionnelle et ne se justifiait que par le financement du GIP par la CNAM.

[238] Dès lors que la CNAM financera les opérateurs (ANFH, OPCO, FIFPL, FAFPM) directement pour les actions de certification périodique, cette justification tombe.

[239] Le statut le mieux adapté semble donc être celui d'un établissement public administratif sous tutelle de l'Etat.

[240] Compte tenu du rôle éminent que l'Etat doit jouer dans la fixation de la stratégie de la certification périodique et du DPC, il est proposé qu'il dispose de la majorité au conseil d'administration et nomme le directeur. Pour autant, il convient d'associer toutes les parties prenantes à la certification périodique sachant que les CNP resteraient majoritaires au CNCP.

3.1.3.2 Les missions de l'agence de la certification périodique et du DPC :

[241] Elles pourraient être les suivantes :

- assurer la coordination du pilotage de la certification périodique des professions à ordre et du dispositif de développement professionnel continu des professionnels de santé qui y sont soumis, quels que soient leurs statuts ou leurs conditions d'exercice
- valider le label commun aux différents organismes financeurs pour les organismes et structures qui souhaitent présenter des actions scientifique et pédagogique ;
- Promouvoir les dispositifs de certification périodique et de DPC les organismes et structures susceptibles de proposer des actions de certification périodique et de développement professionnel continu, les professionnels de santé salariés et non-salariés, les employeurs et les patients ;
- mettre à disposition des professionnels de santé la liste des organismes accessibles pour l'offre de formation avec un catalogue d'actions établi au niveau national
- évaluer les actions réalisées ;

[242] Par cohérence avec le compte certifié pro géré par l'ANS, la gestion du document de traçabilité du DPC serait transférée à cette agence.

3.1.3.3 La composition des instances

[243] La composition du conseil d'administration, pourrait être la suivante :

- Des représentants de l'Etat désignés par le ministre chargé de la santé et disposant de la majorité de voix

- Un collège de la certification périodique comprenant :
 - des représentants désignés par les organisations représentatives des professionnels libéraux à ordre
 - des représentants des organisations représentatives des professionnels de santé salariés des professions à ordre
 - des représentants des fédérations d'établissements
 - des représentants des ordres professionnels Un collège du développement professionnel continu composé de :
 - libéraux
 - salariés
 - fédérations et centres de santé
- un collège des personnalités qualifiées et composé de deux représentants de France Université.

[244] Par ailleurs, il conviendrait de remplacer le mode de nomination des membres des commissions scientifiques indépendantes (CSI), qui sont aujourd'hui nommés sur proposition des organisations représentatives des professions concernées, par un système de désignation par des instances plus légitimes en matière scientifique telles que France Université ainsi que les autorités sanitaires précitées (SPF, HAS, HCSP).

3.1.4 Intérêts du dispositif, et limites à lever

[245] La transformation de l'ANDPC telle que proposée ci-dessus permet tout d'abord de conserver une identité forte de la certification périodique et du DPC qui disposeraient ainsi d'une incarnation en propre au niveau administratif, évitant la dilution dans un ensemble bien plus large que représenterait l'intégration à la HAS.

[246] Elle permet également de mieux assurer la conservation des actuelles compétences humaines des agents de l'ANDPC qui pourraient être réticents à l'intégration dans une entité bien plus vaste et sise sur un site différent.

[247] Elle se heurte en revanche à la culture de l'actuelle entreprise basée sur une régulation du marché par des barrières à l'entrée : enregistrement des organismes et évaluation des actions a priori et une régulation de la demande par des orientations prioritaires étroitement appliquées dont il a été indiqué infra qu'elles n'avaient pas démontré leur efficacité. A l'inverse, le nouveau dispositif doit reposer sur une ouverture beaucoup plus large des actions et une régulation par le plafonnement d'un droit de tirage individuel comme indiqué dans la partie 2. Cette évolution de la culture d'entreprise serait a priori très difficile à effectuer dans des délais rapprochés. Par ailleurs, il consiste à maintenir une structure administrative avec des moyens amputés de ceux consacrés aujourd'hui au financement du DPC, et cela dans un contexte où la mutualisation des moyens des organismes publiques est privilégiée.

3.2 La disparition de l'ANDPC et la mise en place d'un service à compétence nationale sous l'autorité de l'Etat

3.2.1 La création d'un service à compétence nationale

[248] Une autre option serait de supprimer l'ANDPC en tant qu'agence et d'en transférer le support budgétaire des emplois au ministère de la santé.

[249] Ce scénario permet de renforcer les moyens de la DGOS venant en appui au CNCP alors que seul un chef de projet réalise aujourd'hui cette mission. Elle renforce en outre la capacité de pilotage de l'Etat sur le DPC demeurant en place pour les autres professions.

[250] Cette option suppose de rattacher le Haut conseil du développement professionnel continu, aujourd'hui placé auprès de l'ANDPC, à l'Etat. Elle suppose également en revanche, comme proposé en partie II, de créer une instance scientifique formelle chargée de définir les orientations stratégiques et de valider les référentiels tant pour la CP que pour le DPC.

[251] Cette option se heurte toutefois à une objection de principe selon laquelle les directions d'administration centrale ont vocation à se consacrer au pilotage des politiques publiques et non à réaliser des tâches de gestion. En effet, en application du décret N°2015-510 du 7 mai 2015 portant charte de la déconcentration, « I. - Les administrations centrales assurent, au niveau national, un rôle de conception, d'animation, d'appui des services déconcentrés, d'orientation, d'évaluation et de contrôle ». Une réponse à une telle objection consisterait à créer un service à compétence nationale.

[252] Pour mémoire, cette catégorie de services administratifs est régie par le décret n°97-464 du 9 mai 1997 relatif à la création et à l'organisation des services à compétence nationale. Les services à compétence nationale peuvent se voir confier des fonctions de gestion, d'études techniques ou de formation, des activités de production de biens ou de prestation de services, ainsi que toute autre mission à caractère opérationnel, présentant un caractère national et correspondant aux attributions du ministre sous l'autorité duquel ils sont placés. Il conviendrait, dans cette hypothèse, de transférer la dotation des frais de structure de l'ANDPC actuellement supportée par l'assurance maladie au budget du ministère de la santé.

3.2.2 Intérêt et limites du scénario

[253] Ce scénario maintient la compétence pleine et entière de l'Etat sur le pilotage de la CP et assure encore plus clairement qu'aujourd'hui la même compétence sur le DPC demeurant pour les professions sans ordre. Il maintient en revanche le relatif éloignement de la HAS dans ce pilotage de la CP et du DPC alors même que cette autorité pilote directement les autres processus d'amélioration des compétences (recommandations de bonnes pratiques, certification des établissements de santé, accréditation des professions médicales à risques).

[254] La création d'un service à compétence nationale qui suppose un simple arrêté ministériel ne dispense pas de prendre des dispositions de nature législative pour supprimer l'ANDPC dont le support juridique figure dans la loi et pour transférer le Haut conseil du développement professionnel continu auprès de l'Etat.

3.3 Le transfert du pilotage scientifique et de la gestion opérationnelle du DPC et de la CP à la HAS

3.3.1 Le dispositif repose sur les compétences acquises et reconnues de la HAS

[255] La répartition organique des missions est la suivante :

- **Le financement, l'agrément et le contrôle des opérateurs** est réalisé par les financeurs : l'ANFH et l'OPCO santé pour les professionnels salariés, le FAF PM et le FIF PL pour les professionnels libéraux.
- **Le collège de la HAS :**
 - est en charge de la définition de la méthode d'élaboration des référentiels de CP et de DPC.
 - donne un avis sur le contenu des référentiels autour de deux objectifs : le niveau d'exigence requis, et l'harmonisation des référentiels
 - propose une méthode de pondération des actions.
 - valide le contenu scientifique des référentiels,
 - constitue une instance d'appel sur les référentiels et les actions
- **Une commission spécialisée de la HAS est créée**, dédiée à la certification des compétences des professionnels de santé.
 - elle est constituée de l'actuel CNCP, mais est en charge de la CP et du DPC.
 - la question de la présidence de la commission répond à une double hypothèse : soit la présidence est confiée par le Président de la HAS à l'un des membres actuels du collège, soit le collège se voit augmenté d'un siège supplémentaire, et la présidence de la commission est choisie parmi au sein d'un collège plus large.
 - les CNP et les commissions spécialisées restent en charge de la rédaction des référentiels et de la proposition d'actions pour valider la CP des professions à ordre et le DPC des autres professions.
- Le DPC des professions sans ordre est désormais validé par la HAS, mais la certification périodique reste validée par les ordres professionnels.

[256] Cette option, privilégiée par la mission, présente deux intérêts majeurs :

- reposant sur l'expérience de savoir-faire et d'indépendance de la HAS dans le domaine de la certification et de l'accréditation, elle conforte la qualité scientifique du dispositif proposé aux professionnels de santé.
- elle permet de mettre en cohérence des différents dispositifs au sein de la HAS : la certification des établissements de santé, l'accréditation des professions à risque, la certification des compétences des professionnels de santé.

3.3.2 Les conditions de succès

[257] Trois conditions majeures sont posées pour garantir le succès de ce scénario.

- La garantie de la place des CNP dans le dispositif

[258] Les CNP représentent les disciplines et les spécialités. A travers leur composition, qui inclue notamment les sociétés savantes, ils sont en capacité de décrire les attendus en termes de compétences nécessaires, et d'établir des projections au regard de l'évolution permanente des métiers, des pratiques et des conditions d'exercice.

[259] La voie insuffisante des CNP dans le pilotage du DPC est l'une des causes de ses limites. Pour les différentes raisons évoquées dans le présent rapport, les orientations prioritaires n'ont pas été en mesure de prendre en compte l'ensemble des demandes de chaque CNP. Cela a montré les limites de la centralisation en un point unique de l'établissement des orientations, de surcroît fortement influencée par des considérations financières et administratives.

[260] Le système des référentiels mis en place dans le cadre de la CP permet d'apporter une solution. Ce ne sont pas les actions qui sont centralisées, mais les modalités de production des référentiels, dans un objectif d'harmonisation. En revanche, il appartient à chaque spécialité de les décliner.

[261] Dans le respect du principe de séparation des actions entre les opérateurs, qui fait l'objet d'une recommandation supra en 2.2.1, il appartient aux CNP de rédiger et de proposer les référentiels, et à la HAS de bâtir la méthode d'élaboration et de valider les référentiels.

- La garantie de réactivité de la HAS dans le pilotage opérationnel du dispositif

[262] Si ce scénario vise à appuyer le dispositif sur les compétences reconnues de la HAS en matière d'évaluation, en revanche il confère à la Haute Autorité une mission de gestion opérationnelle nouvelle.

[263] Cette mission nécessite des moyens complémentaires suffisants qui doivent être évalués de façon complète, en provenance notamment de l'ANDPC qui a vocation à disparaître. Pour autant, quelques interlocuteurs testés par la mission sur les différents scénarii expriment des risques en termes de réactivité.

[264] C'est pourquoi cette hypothèse nécessite que soient clairement établies les conditions et modalités de gestion opérationnelle de cette nouvelle mission : le nombre d'ETP nécessaire, le fonctionnement des processus, le calendrier annuel des processus et les garanties de délai.

[265] Enfin, cette option impose, non seulement pour les raisons déjà exposées mais également parce que la gestion de dispositifs financiers ne fait en rien partie des métiers de la HAS, que le financement des dispositifs soit directement confié aux gestionnaires des fonds de formation.

3.4 La gestion des transformations à réaliser nécessite une ambition collective forte

[266] Les constats effectués par la mission permettent de conclure à l'obligation de revoir en profondeur dans le même temps les dispositifs de DPC et de CP. Comme cela a été indiqué supra,

les évolutions sont importantes. Elles concernent en partie des éléments législatifs, des éléments réglementaires, et une gestion de projet à mettre en œuvre impliquant un grand nombre d'interlocuteurs.

[267] Les délais sont contraints pour deux raisons : d'une part, les délais de la première phase de certification périodique courent depuis le 01/01/2023, d'autre part les travaux du nouveau triennal de la DPC ont été mis entre parenthèse mais vont devoir reprendre courant 2025 pour que les professionnels de santé ne subissent aucune rupture dans l'établissement des catalogues d'actions et dans leur financement.

3.4.1 Une option doit être prise au plus tard courant du premier trimestre 2025

[268] Les trois options proposées nécessitent une prise de position après concertation sur la base des propositions de la mission et des conditions nécessaires à la transformation du système définies dans le deuxième chapitre.

[269] Cela nécessite plusieurs temps de discussion avec les acteurs majeurs des deux dispositifs de DPC et de CP, en association avec les ordres, les CNP, les financeurs et la HAS.

[270] Deux temps sont à prévoir : celui du choix de l'option qui sera retenue, et celui de la préparation du dispositif. Le choix retenu conditionne de nombreux autres travaux.

- La mission estime qu'il devra être posé au plus tard à la fin du premier trimestre 2025.
- La préparation du nouveau dispositif devra être terminée au plus tard fin juin 2025, incluant la préparation des textes législatifs et réglementaires nécessaires à la mise en place d'un nouveau dispositif.

Recommandation n°16 Après concertation, arbitrer avant la fin du 1^{er} trimestre 2025 un nouveau schéma d'organisation unifié pour la CP et le DPC entre les trois options : 1/ transformation de l'ANDPC en établissement public ; 2/ transfert des moyens et des compétences de l'ANDPC à un service à compétence nationale rattaché au ministre de la santé ; 3/ transfert des compétences à la HAS, et des moyens nécessaires.

3.4.2 L'établissement d'un cahier des charges informatique précis et cadencé doit constituer une priorité

[271] Le système d'information est le pivot de l'ensemble du dispositif de maintien et d'amélioration des compétences.

[272] Les discussions entre la mission et l'ANS indiquent que le temps de développement des fonctionnalités déjà prévues, et des fonctionnalités à ajouter conformément aux recommandations de la mission, nécessitera plusieurs mois, ce qui ne permettra vraisemblablement pas de disposer d'un outil complet avant fin 2025/ courant 2026 à supposer que les travaux débutent rapidement.

[273] Il est donc indispensable d'établir un nouveau cahier des charges à établir par la DGOS comme pilote stratégique, en lien avec l'ANS comme pilote opérationnel, et sur la base d'une convention DOGS/ANS.

[274] Le lien intrinsèque entre le cahier des charges informatique et les options stratégiques qui seront retenues conduit à relancer sans attendre le groupe de travail avec l'ANS, afin de décliner les différentes options et de les chiffrer. La convention DGOS/ANS, qui constituera le socle des travaux à conduire au plus tard fin du premier trimestre 2025.

[275] Renforcer les capacités de la DGOS et mettre en place un vrai groupe projet

[276] Un double choix doit être réalisé impérativement sur les délais et la mise en œuvre opérationnelle du nouveau dispositif : 1/ au regard des travaux restant à conduire 2/ au regard des exigences.

Recommandation n°17 Signer la convention DGOS/ANS sur la base d'un nouveau cahier des charges au plus tard à la fin du premier trimestre 2025 afin de finaliser le compte individuel de CP.

3.4.3 Les travaux déjà engagés doivent être accélérés sans délai

[277] Quelle que soit l'option retenue, les travaux engagés doivent être poursuivis :

- Du côté du ministère en charge de la santé, **les décrets prévus dans l'ordonnance** de juillet 2021 doivent être pris. Des projets de décret ont été rédigés concernant le rôle des ordres, les modalités de saisine de la HAS par le ministre, et la mise à disposition du compte informatique Ma Certif Pro Santé. Il est nécessaire qu'ils soient modifiés pour tenir compte des évolutions proposées. Un décret sur le dispositif financier doit être ajouté conformément à l'article 4022-11 du CSP.
- Les travaux concernant **la validation des référentiels** doivent être poursuivis en ciblant prioritairement l'harmonisation des référentiels et des actions, sous le contrôle du pôle évaluation mis en place par la DGOS dans l'attente d'un nouveau dispositif. Ils doivent permettre de préparer la mise en place de la pondération des actions qui devra être réalisée par les CNP sur la base d'un cadre défini par la HAS.
- Dans l'attente d'un nouveau dispositif, la mission recommande la poursuite des travaux conduits par le CNCP concernant **les liens et conflits d'intérêt**.
- Tant qu'un nouveau dispositif n'est pas mis en place, les actions de DPC doivent continuer à être gérées opérationnellement par l'ANDPC, à qui il appartient également de **proposer des actions dans le cadre du triennal à venir**. Ces travaux préparatoires constitueront une base pour le nouveau dispositif, quelle que soit l'option retenue.

[278] En tout état de cause, il semble difficile de maintenir la date de départ de l'obligation de CP au 1^{er} janvier 2023. En effet, aux retards accumulés décrits supra, s'ajoutent des délais incompressibles de mise en œuvre des recommandations de la mission, qui passent pour beaucoup par un support législatif. De surcroît, les travaux indispensables à la mise en place d'une solution informatique adaptée peuvent nécessiter autour d'une année de travail une fois les arbitrages rendus. La mission considère qu'il n'est pas raisonnable d'imaginer que toutes les actions suivies par les professionnels depuis le 01/01/2023, en dehors de tout référentiel connu à date, pourront être récupérées a posteriori pour 1,1 millions de professionnels, dont la plupart ne sont pas conscients de l'existence même de l'obligation. Ainsi, la mission recommande dans le

d'engager une démarche de transformation sur un calendrier resserré, et dans le même temps de reporter la date de début de l'obligation de CP à une date à concerter entre le ministère de la santé, la HAS, les CNP, et les Ordres.

Recommandation n°18 Reporter le début de l'obligation de la CP du 01 janvier 2023 à une date à concerter entre le ministère de la santé, la HAS, les CNP et les Ordres.

3.4.4 La dynamique de la CP doit faire l'objet d'un arbitrage concerté

[279] Les projets de référentiels de CP, non encore validés, reposent visions différentes des professionnels de santé.

- soit l'objectif de la CP est prioritairement d'identifier les professionnels en marge des dispositifs de maintien des compétences. Dans ce cas, l'objectif du système est de permettre à un maximum de professionnels d'être certifiés, pour montrer que la dynamique est simple, lisible et accessible, quitte à renforcer les exigences dans un temps ultérieur. Cette vision repose sur une dynamique en deux étapes. Dans une première étape de 6 à 9 ans selon les professionnels concernés, les critères de CP sont peu exigeants, mais la dynamique d'adhésion est enclenchée. Dans une seconde étape désormais de 6 ans pour tous les professionnels, les critères sont plus précis, plus restrictifs et davantage centrés sur l'amélioration des compétences.
- soit l'objectif poursuivi consiste d'emblée à faire entrer les professionnels dans une dynamique d'évaluation et d'amélioration ambitieuse des compétences, ce qui nécessite de revoir à la hausse et de façon harmonisée les exigences contenues dans les référentiels proposés à la validation.

[280] Si la mission comprend l'intérêt de la vision en deux étapes, elle insiste sur le fait qu'il s'agit d'abord de garantir aux patients et au système de santé que les compétences de tous les professionnels sont sans cesse maintenues et augmentées. Ceci est particulièrement important d'une part du fait des approches nouvelles qui apparaissent, plus holistiques et interprofessionnelles ; d'autre part du fait des nouvelles technologies, notamment l'intelligence artificielle qui modifient en partie le contour des métiers et les compétences nécessaires.

[281] En tout état de cause, il est nécessaire que le choix de la dynamique soit connu, expliqué et communiqué, pour qu'il ne prête pas à confusion dans le choix des actions.

Recommandation n°19 Arbitrer le niveau d'exigence des référentiels de la CP

3.4.5 Les travaux à réaliser imposent la désignation d'un préfigurateur, ainsi qu'une gestion de projet renforcée

[282] Du côté de la DGOS, le pilotage stratégique est assuré par un COPIL qui ne s'est réuni qu'à deux reprises. Le pilotage opérationnel de mise en place concrète du dispositif est placé sous la responsabilité de la sous-direction des ressources humaines, confié à une équipe très réduite d'une personne à temps plein accompagnée d'un interne.

[283] Du côté du CNCP, aucun moyen dédié n'a été mis en place. Le secrétariat de l'instance collégiale est assuré par la DGOS, en cohérence avec le rattachement du CNCP placé « auprès du ministre en charge de la santé ».

[284] Le déploiement d'un nouveau dispositif incluant le DPC impose un fonctionnement dans une logique projet, avec des moyens supplémentaires et un calendrier resserré.

[285] Dans la dynamique de disparition de l'actuelle ANDPC, la mission recommande de rattacher entre un et trois ETP de l'ANDPC au groupe projet de la DGOS afin de préparer les échéances. Dès qu'une option aura été retenue, il est indispensable de mettre en place un calendrier resserré, avec a minima un point mensuel jusqu'à la mise en œuvre effective du dispositif.

[286] Par ailleurs, quelle que soit l'option retenue, il sera indispensable d'accompagner les salariés de l'ANDPC dans le cadre d'une transformation profonde de l'organisation et des process. Il serait nécessaire à cette fin de désigner un préfigurateur.

Recommandation n°20 Renforcer les moyens de la DGOS par un redéploiement d'une partie des actuels moyens de l'ANDPC ; mettre en place une gestion de projet ambitieuse et outillée ; désigner un préfigurateur de la transformation de l'actuelle ANDPC

3.4.6 Une communication large et constante doit être conduite

[287] Le dispositif de CP n'est aujourd'hui que peu connu des professionnels de santé, et le dispositif de DPC est principalement connu des professionnels libéraux, mais se situe globalement en dehors du champ de vision des professionnels salariés. Le principal élément communément partagé, tel que rapporté par les CNP et les ordres, est la complexité des dispositifs et leur relative incompréhension.

[288] La mission recommande fortement que soit pensée et organisée une communication sur les évolutions des dispositifs et sur le dispositif cible. Elle doit passer par le canal des ARS, des conférences, des fédérations, des ordres, des CNP. De plus, il sera important que les médecins du travail et les médecins du service du contrôle médical de l'assurance maladie puissent relayer le contenu de la nouvelle obligation de CP, qui porte dans son quatrième bloc sur la santé des professionnels.

Recommandation n°21 Prévoir une communication large et constante par différents canaux

Erik RANCE

Marc PENAUD

LISTE DES SIGLES UTILISÉS

ABIM :	American Board of Internal Medicine
ABMS :	American Board of Medical Specialties
ACCNE :	Accreditation Council of Continue Medical Education
ACGME :	Accreditation Council for Graduate Medical Education
ANDPC :	Agence nationale du développement professionnel continu
ANFH :	Association nationale de la formation des personnels hospitaliers
ANS :	Agence du numérique en santé
API :	Application programming interface
CDC :	Caisse des dépôts et consignations
CNAM :	Caisse nationale de l'assurance maladie
CNCP :	Conseil national de la certification périodique
CNP :	Conseil national professionnel
CNFPT :	Centre national de la fonction publique territoriale
CNSA :	Caisse nationale de la solidarité pour l'autonomie
CP :	Certification périodique
CSI :	Commission scientifique indépendante
CSP :	Code de la santé publique
DAEI :	Délégation aux affaires européennes et internationales du ministère de la santé
DPC :	Développement professionnel continu
DGOS :	Direction générale de l'offre de soins
EPP :	Evaluation des pratiques professionnelles
EPA :	Entrustable professional activities
FAFPM :	Fonds d'assurance formation des professions médicales
FIFPL :	Fonds interprofessionnel de formation des professionnels libéraux
HAS :	Haute autorité de santé
HCDPC :	Haut conseil pour le développement professionnel continu
HCSP :	Haut conseil de santé publique
MOC :	Maintenance of certification
NBPAS :	National board of physicians and surgeons
OPCO :	Opérateur de compétence
ROSP :	Rémunération sur objectifs de santé publiques
RSPM :	Régime simplifié des professions médicales
SNDS :	Système national des données de santé
SNIRAM :	Système national inter-régimes de l'assurance maladie
SPF :	Santé publique France
SSA :	Service de santé des armées

LISTE DES PERSONNES RENCONTRÉES

1. Ministère de la Santé

Cabinet du ministre délégué chargé de la santé et de la prévention

- Mme Véronique Chenail, Directrice de cabinet adjointe
- Mme Sandrine Williaume, conseillère sociale
- Mme Nadège Grataloup, conseillère établissements de santé, ressources humaines et relations sociales
- M. Pierre Wolkenstein, conseiller médical, enseignement supérieur et recherche

Direction générale de l'offre de soins

- Mme Marie Daudé, Directrice générale
- Mme Clotilde Durant, Cheffe de service, adjointe à la Directrice générale
- M Philippe Charpentier, Sous-directeur des ressources humaines du système de santé
- M. Marc Reynier, Adjoint sous-directeur de la sous-direction des ressources humaines du système de santé
- M Arnaud Gauthier, Sous-directeur de la stratégie et des ressources
- Mme Marie-Laure Bellengier, Chef de projet certification périodique
- Mme Sophie Alleaume, Cheffe de projet formation continue ...
- Mme Sophie Maupilier, Cheffe du bureau de la synthèse stratégique et de l'appui au pilotage
- M Jérôme Roy, Chargé de mission

Direction de la sécurité sociale

- M. Pierre Pribille, directeur général de la DSS
- Mme Clélia Delpêche,, Sous-directrice du financement du système de soins
- Mme Anabelle Arcadias, Cheffe du bureau des relations avec les professionnels de santé

2. Agence nationale du développement professionnel continu

Direction de l'ANDPC et services administratifs :

- Mme Michèle Lenoir-Salfaty, Directrice générale
- Mme Sabine COHEN-HYGOUNENC, Directrice des relations avec les usagers, de l'accompagnement et de la promotion du DPC
- Mme Marie-Ange LARREUR, Directrice de l'administration et des ressources
- M Jean-Philippe NATALI, Directeur de la qualité du DPC
- M Marc SCHOLLER, Agent comptable
- M Pedro Machado, Responsable du service Qualité des organismes
- Mme Magali Guillemot, Responsable du service Qualité des actions
- M Laurent Deneau, Responsable du service Pilotage de la donnée
- Mme Carine Potard, Maîtrise d'ouvrage du document de traçabilité

Haut conseil du développement professionnel continu

- M Bernard Ortolan, Président

Comité d'éthique de l'ANDPC

-M Edouard Couty, Président

Commissions scientifiques indépendantes de l'ANDPC

CSI Paramédicale :

-M Stéphane Fabry, Président

Commission scientifique indépendante de biologie

-Dr Gérard Lina

Commission scientifique indépendante des chirurgiens-Dentistes

-M Didier GRIFFITHS, Président

Commission scientifique indépendante interprofessionnelle

-M Nemitz, Président

-M Dupont

Commission scientifique indépendante de physique médicale

-Dr Jean-Yves Giraud, Président

Commission scientifique indépendante de pharmacie

-M Stéphane Honoré

Commission scientifique indépendante des médecins

-Dr Pierre Jouanny

3. Conseil National de Certification Périodique

-Mme Nadiège Baille, Présidente

4. Personnalités qualifiées

- Pr Serge Uzan, ancien Président de la conférence des doyens, représentant de l'Ordre des médecins au Conseil national de la certification périodique, représentant de France Université au Haut conseil du développement professionnel continu

- Dr Jean-François Thébaut, ancien président du Haut Conseil du Développement professionnel continu, membre du Conseil national de la certification périodique

5. La Haute autorité de santé

-M Lionel Collet, Président

-M Alexandre Fonty, directeur de cabinet

-Mme Vanessa Pideri, directrice adjointe de cabinet

-Mme Christine Vincent, Secrétaire générale

-Dr Pierre Gabach, adjoint au directeur de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins et responsable du service des bonnes pratiques professionnelles

-Mme Laetitia May, Responsable du service bonnes pratiques

-Mme Anne Chevrier, Responsable du service Certification des établissements

-M Jacques Vaillant, Chef de projet pour la certification périodique et le développement professionnel continu

6. Administrations publiques

France Compétence

-M H de Balathier, adjoint au directeur

Délégation générale à l'emploi et à la formation professionnelle

- M Stéphane Rémy, Sous-directeur des politiques de formation et du contrôle
- M Guillaume Fournier, Adjoint au chef de la mission Droit et Financement de la Formation

Agence du numérique en santé

- Mme Annie Prévot, Directrice générale
- M Laurent Joubert, Directeur des opérations
- M Jérôme Wojciekowski, Directeur de programme

7. représentant des usagers

France Asso Santé

- M Gérard Rémond, Président

8. Etablissements, conférences et fédérations

Assistance Publique-Hôpitaux de Paris

- Mme Vannessa Fage-Moreel , Directrice des ressources humaines
- Florian Taysse

Conférence des directeurs généraux de CHU

- Mme Anne Costa, Directrice Générale du CHU de Poitiers et Présidente de la Commission qualité de la conférence / M Jean Petit, coordinateur
- M Quentin Henaff, DRH, CHU de Brest-Carhaix, représentant la commission RH de la conférence
- Mme Anne-Lucie Boulanger, DAM, CHU de Dijon, représentant la commission des DAM

Pour les CH

- M Lionel Tanguy, CH de Cotentin, directeur des affaires médicales

Conférence des doyens de santé

- Pr Benoit Weber, Président
- Pr Bruno Riou, Vice-président, doyen de l'université de Paris
- Pr Thierry Moulin, doyen de l'université de Besançon

France Université

- M Yvon Berland, Conseiller auprès du Président
- Mme Christine Clérici, Conseillère auprès du Président
- Mme Macha Woronoff, Présidente de la Commission santé
- Mme Marie-Amélie Cuny, Conseillère formation

Fédération hospitalière de France

- Mme Zainab Riet, Déléguée générale
- M Rodolphe Soulié, Responsable du pôle ressources humaines
- Mme Hélène Gendreau, Responsable adjointe du pôle ressources humaines

Fédération des établissements d'hospitalisation et d'aide à la personne

- Pr Olivier Guérin, conseiller médical

-Fédération de l'hospitalisation privée

- Mme Christine Schibler, Déléguée générale
- Mme Fabienne Seguenot, Directrice des relations sociales

Fédération nationale des centres de santé

- Mme Sabrina Tranqueray, directrice
- M Dominique Dupont, conseiller technique

AXESS (fédération des employeurs du secteur sanitaire et médico-social non lucratif)

- Mme Marie-Sophie Desaulle, Présidente

Syndicat national des établissements et résidences privés pour personnes âgées

- Mme Elsa Ptakhine, Directrice générale
- Mme Pauline Meyniel, Conseillère auprès du Président

9. les ordres des professions de santé

Conseil national de l'ordre des médecins

- Docteur Frédéric JOLY, Secrétaire général adjoint
- M Adam TORNAY, conseiller juridique
- Mme Coralie JORIEUX, juriste, adjointe au responsable
- Mme Marine ROLLET, juriste

Conseil national de l'ordre des pharmaciens

- Mme Carine Wolf Thal, Présidente
- Mme Véronique PERRIN, Directrice de la Direction de l'exercice professionnel et du CESPARM (DEPC)
- Mme Anne BERTHELOT, Directrice Adjointe de la DEPC
- Mme Louise BOUCHÉ-BAZEROLLE, Chargée de Mission à la DEPC

Conseil national de l'ordre des sage-femmes

- Mme Isabelle Derrendinger, Présidente
- Mme Cécile Moulinier, Vice-Présidente, Présidente de la CSI Sage-femmes de l'ANDPC
- M David Meyer, Chef de cabinet

Conseil national de l'ordre infirmier

- Mme Sylvaine Mazière-Tauran, Présidente
- Mme Alexandra Kuhn, Directrice des systèmes d'information
- M Bruno Masselot, Chef de projet informatique

Conseil national de l'ordre des pédicures podologues

- M Eric Prou, Président
- M Guillaume Brouard, Secrétaire général
- Madame Hélène MUNIAK, Responsable du Tableau de l'Ordre

Conseil national de l'ordre des masseurs Kinésithérapeutes

- Mme Pascale Mathieu, Présidente
- M Jean-François Dumas, Secrétaire général
- Mme Hulya Karatas, Responsable des affaires publiques

Conseil national de l'ordre des chirurgiens-dentistes

- Dr Alain Durand, Président
- Mme Cassandra Banet, juriste

10. les financeurs des dispositifs autres que l'ANDPC

La Caisse nationale d'assurance maladie

Direction déléguée à la gestion et à l'organisation des soins (DDGOS) :

-Mme Aurélie OLIVIER, Directrice adjointe de la Direction de l'Offre de soins – DDGOS/DOS (

Direction déléguée de l'audit, des finances et de la lutte contre la fraude (DDAFF) :

-M Marc SCHOLLER, Directeur Comptable et Financier de la Cnam

-M Razak IDRISOU, Directeur de mission

Direction Déléguée aux Opérations (DDO) :

-Docteur Rémi PECAULT-CHARBY, Médecin Conseil Responsable de la Mission Animation du Réseau Médical

- DDO/MAREM

-Mme Elodie NAFFRECHOUX, Directrice de missions au cabinet de la DDO

Association nationale de la formation hospitalière (ANFH)

-Mme Céline Dugast, Présidente

-M. Bertrand Longuet, Directeur général

-M Alice Prigent, Directrice générale adjointe

-M. Nasser Ihamouchene, Directeur adjoint

Fonds interprofessionnel de formation des professions libérales (FIF PL) :

-M Philippe Denry, Président

-M Philippe Laloum, Directeur Général

Fonds d'assurance formation de la Profession Médicale (FAF PM)

-Dr Guez, Président jusqu'au printemps 2024

-Dr Bensoussan, nouveau président

-Dr Patrick Caruel, secrétaire général

-Dr Philippe Despierre, trésorier

-Mme Céline Simon, directrice administrative

L'Opérateur de compétences Santé (OPCO Santé)

-M Jean-Pierre Delfino, Directeur général

-Mme Sylviane Leclerc, responsable du développement des partenariats

11. les CNP, collèges et fédérations de CNP

Fédération des spécialités médicales

-Dr Frédéric Fossati, Président

-Pr Olivier Goeau-Brissonnière, Past Président

-Mme Valérie Leborgne, Directrice

Collège de médecine générale

-Dr Paul Frappé, Président

Collège national des généralistes enseignants

-Dr Marc Bayen, Trésorier adjoint

Conseil national professionnel de cardiologie

-Dr Marc Villaceque, Président

-Pr Stéphane Lafite

-Dr Yves Michel Flores

Conseil national professionnel d'oncologie

-Pr Christophe Hennequin, Vice-Président

Conseil national professionnel des sage-femmes

- Mme Sabine Paysant, Présidente
- Mme Karine Polzin, Trésorière générale

Conseil national professionnel de pharmacie

- Dr Claudine Gard, Présidente
- Dr Jocelyne Wittevrongel, Past-Présidente

Conseil national professionnel de psychiatrie

- Dr Patrice Charbit, Président

Conseil national professionnelle de pédiatrie

- Dr Emmanuel CIXOUS, Présidente
- Pr Robert Cohen, Past-Président
- Dr Fabienne KOCHERT, Secrétaire générale
- Dr Liliane CRET, Vice-Présidente de l'AFPA DPC., ODPC issue de la Société Savante des Pédiatres libéraux.

Conseil national professionnel de physique médicale

- M Julien Le Bourrhis, Président
- Mme Delphine Serre, Vice-Présidente
- Mme Laure Parent, Présidente de la Société française de physique médicale

Collège de la Masso-kinésithérapie

- M Pascal Gouilly, Président du SNIFMK
- M Vincent Renaudie, Secrétaire adjoint

Collège national des infirmier(e)s Puéricultrices(teurs)

- Mme Claire Royer de la Bastie, présidente

Conseil national professionnel du grand appareillage

- Dr Philippe Izard, Président
- Pr Jean-Christophe Bene, Vice-Président
- Mme Marielle Dufaure, Secrétaire générale

Conseil national professionnel de la gynéco-obstétrique

- Pr Philippe Deruelle, Président

Conseil national professionnel des chirurgiens-dentistes

- Dr Jacques Wemaere, Président
- Dr JL Ardouin

Conseil national professionnel des psychomotriciens

- Mme Françoise Giromini, Présidente
- M Nicolas Raynal, secrétaire général de la fédération française des psychomotriciens

Collège national des pédicures-podologues

- M Dominique Rouland, Présidente

Conseil national professionnel d'ergothérapie

- Mme Sara Corella Pérez, Présidente
- Mme Julie Mayet : coordinatrice du CNPE
- Mme Virginie Vagny, membre du CA du CNPE et membre du Haut Conseil du DPC

12. Auteurs de rapports IGAS et Cour des Comptes

IGAS

- M. Jean-Philippe VINQUANT,
- Mme Dominique De Wilde, Anne Bruant-Bisson
- M. Laurent Gratieux, M. Julien Rousselon

Cour des Comptes

- M. Chapard, Conseiller Référendaire

13. comparaisons internationales

Quebec :

- Pr Sam Daniels, directeur du développement professionnel Continu, fédération des médecins spécialistes

LISTE DES ANNEXES

ANNEXE 1 : le développement professionnel continu (DPC)

ANNEXE 2 : la certification périodique (CP)

ANNEXE 3 : le financement des dispositifs

ANNEXE 4 : historique des dispositifs

ANNEXE 5 : la problématique des liens d'intérêts dans le DPC et dans la CP

ANNEXE 6 : comparaisons internationales

ANNEXE 7 : les Conseils Nationaux Professionnels

ANNEXE 1 : Le développement professionnel continu

1 Missions et financement de l'Agence nationale du développement professionnel continu

[1] Le fondement législatif du DPC est l'article L.4021-1 du code de la santé publique :

[2] « Article L4021-1 : 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. »

[3] Les missions de l'Agence nationale du développement professionnel continu (article R.4021-7 CSP) sont les suivantes :

« 1° Assurer le pilotage du dispositif de développement professionnel continu des professionnels de santé, quels que soient leurs statuts ou leurs conditions d'exercice :

A) Evaluer les organismes et structures qui souhaitent présenter des actions conformément aux dispositions des articles L. 4021-1 à L. 4021-2 ;

B) Evaluer, en lien avec la Haute Autorité de santé, la mise en œuvre des méthodes de développement professionnel continu, en veillant à leur qualité scientifique et pédagogique ;

C) Evaluer l'impact du développement professionnel continu sur l'amélioration des pratiques et l'efficacité du dispositif ;

2° Contribuer au financement des actions s'inscrivant dans le cadre des orientations prioritaires pluriannuelles définies à l'article L. 4021-2, concernant les professionnels de santé non-salariés et les professionnels de santé salariés des centres de santé ;

3° Assurer la gestion financière du développement professionnel continu des professionnels de santé libéraux conventionnés et des professionnels de santé salariés des centres de santé conventionnés ;

4° Contribuer au financement d'actions de développement professionnel des médecins des établissements de santé et médico-sociaux s'inscrivant dans le cadre des orientations pluriannuelles prioritaires ;

5° Promouvoir le dispositif de développement professionnel continu et informer les organismes et structures susceptibles de proposer des actions de développement professionnel continu, les professionnels de santé salariés et non-salariés et les employeurs ;

6° Assurer la participation des universités au dispositif »

[4] Elle s'appuie dans l'exercice de ses missions sur des instances représentatives des parties prenantes du dispositif : Haut conseil du développement professionnel continu (DPC), instance d'orientation représentant l'ensemble des acteurs du système, commissions scientifiques indépendantes, acteurs clefs de l'évaluation des actions de DPC, conseil de gestion et sections professionnelles pour la gestion du DPC des libéraux et des professionnels des centres de santé.

[5] Elle travaille en lien avec les Conseils nationaux professionnels (CNP) en matière d'orientations et de parcours de DPC.

- Les modes d'intervention de l'ANDPC

[6] La définition d'orientations triennales : L'ANDPC met à disposition des professionnels de santé l'offre de DPC composée d'actions et de programmes de DPC :

- Actions dites cognitives (concernant l'approfondissement des connaissances) ;
- Action d'analyse des pratiques professionnelles (permettant une réflexion sur la démarche et les caractéristiques de la pratique des professionnels)
- Gestion des risques (visant à identifier, évaluer et prioriser des risques relatifs aux activités d'un métier ou d'une organisation).

- Le financement du DPC

[7] L'ANDPC contribue à la prise en charge selon deux déterminants :

- Un droit de tirage par profession exprimé en nombres d'heures,
- Un forfait en euros qui comprend :
 - La participation de l'Agence au paiement de l'organisme de DPC dispensant l'action de DPC suivie ;
 - Une indemnisation du professionnel de santé pour sa participation à l'intégralité de son action de DPC.

[8] Le niveau de ces forfaits est déterminé annuellement par profession, par type d'action de formation selon qu'elle est en présentiel, en virtuel ou en « mixte » et dès lors que l'action est d'une durée égale ou supérieure à trois heures.

- Un budget d'environ 200 M€, dont 95 % sont engagés en fin d'exercice

[9] L'ANDPC est financée via une subvention de l'UNCAM d'un montant dont l'évolution est calquée sur celle de l'ONDAM.

Tableau 1 : Etat de Gestion

Etat de Gestion	2019			2020			2021			2022			2023		
	BR3	EXECUTION	NON CONS.	BR1	EXECUTION	NON CONS.	BR1	EXECUTION	NON CONS.	BR1	EXECUTION	NON CONS.	BR2	EXECUTION	NON CONS.
DPC - Libéraux	201 300 000	194 168 185	7 131 815	184 580 000	159 558 824	25 021 176	203 920 000	177 570 143	26 349 857	219 500 000	205 129 728	14 370 272	238 500 000	212 799 296	25 700 704
DPC - Salariés	5 000 000	5 000 000	-	5 000 000	5 000 000	-	8 000 000	2 400 000	5 600 000	8 000 000	2 300 000	5 700 000	-	-	-
Frais de Structure	12 830 000	7 268 997	5 561 003	15 061 624	11 150 279	3 911 345	12 411 000	8 809 169	3 601 831	12 969 000	8 369 824	4 599 176	11 941 000	9 570 291	2 370 709
Total Charges	219 130 000	206 437 182	12 692 818	204 641 624	175 709 103	28 932 521	224 331 000	188 779 312	35 551 688	240 469 000	215 799 552	24 669 448	250 441 000	222 369 587	28 071 413
Contribution CNAM	190 468 000	190 468 000	-	194 850 000	194 850 000	-	199 331 000	199 331 000	-	203 915 000	203 915 000	-	209 718 923	198 000 000	11 718 923
Contribution ETAT	3 000 000	3 000 000	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Total Produits	193 468 000	193 468 000	-	194 850 000	194 850 000	-	199 331 000	199 331 000	-	203 915 000	203 915 000	-	209 718 923	198 000 000	11 718 923
Reprise/prov. Compl. non utilisée sur années ant.		9 803 884			9 549 628			18 096 254			10 982 275			7 309 167	
Résultat	- 25 662 000	- 3 165 298		- 9 791 624	28 690 525		- 25 000 000	28 647 942		- 36 554 000	- 902 277		- 40 722 077	- 17 060 420	

Source : ANDPC

2 Le développement professionnel continu n'atteint pas sa cible

[10] Selon la DREES, le nombre de professionnels soumis à l'obligation de DPC était, en 2023, de **1 965 204 dont 1 479 679 salariés et 485 525 libéraux**.

[11] Alors qu'une spécificité française est d'avoir étendu l'obligation de DPC à l'ensemble des 28 professions de santé, l'Agence ne finance directement que les DPC des professions de santé libérale conventionnées avec l'assurance maladie. Ceci exclut 17 des 28⁴¹ professions couvertes par l'obligation : »

- 7 professions à exercice salarié exclusif (aides-soignants, auxiliaires de puériculture, préparateurs en pharmacie, manipulateurs d'électroradiologie, assistants dentaires, physiciens médicaux, et techniciens de laboratoire) ;
- Les 7 professions de l'appareillage, qui peuvent être exercées à titre salarié ou non salarié et dont les rémunérations sont assurées via les tarifs de la liste des produits et prestations remboursables (LPPR) et dont les prestations ne sont donc pas remboursées.
- 3 professions qui lorsqu'elles sont exercées à titre libéral ne sont pas conventionnées (diététiciens, psychomotriciens ou ergothérapeutes)

[12] En outre, un débat d'interprétation des dispositions légales demeure sur le fait que l'Agence ne finance, dans les centres de santé, que le DPC de professions conventionnées alors qu'elle devrait le faire pour l'ensemble des professions de santé incluses dans le champ du DPC puisque les professionnels des centres de santé sont salariés. Enfin, les médecins remplaçants n'étant pas conventionnés, ils ne sont pas non plus éligibles au financement de leur DPC.

[13] L'Agence n'a donc connaissance que du nombre de professionnels libéraux qui remplissent leur obligation de DPC, la gestion des salariés relevant de l'ANFH pour les médecins hospitaliers et des OPCO pour les autres professionnels de santé du secteur privé.

[14] Selon l'ANDPC, Au 31 décembre 2023, 158 055 professionnels de santé se sont inscrits à des actions de DPC 2023. Ce nombre est en baisse de 14,1 % par rapport à 2022 (181 735 professionnels)

2.1 Le dispositif ne parvient pas à atteindre sa cible

[15] Pour valider l'obligation de DPC, le professionnel doit, aux termes de l'article R.4021-4 II du CSP, soit réaliser un parcours de DPC défini par le CNP de sa discipline, soit attester de son engagement dans une démarche de développement professionnel continu comportant des actions de formation, d'évaluation et d'amélioration des pratiques et de gestion des risques. 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.

⁴¹ Le nombre de professions varient de 28 à 31 en fonction des conventions retenues pour le regroupement de certaines d'entre elles (biologistes regrouper ou non avec des médecins).

[16] S'agissant uniquement des professionnels libéraux qui ne représentent que 25 % de la population éligible au DPC, la part de professionnels ayant validé leur obligation triennale est, selon l'ANDPC, passée de 22,3 % pour le triennal 2017-2019 à 22,2 % pour le triennal 2020-2022 (100 186 professionnels). Si cette proportion est passée de 15,1 % à 19,5 % pour les infirmiers, elle est passée de 35,4 % à 25,9 % pour les médecins. Le taux pour les orthophonistes est passé de 16,4 % à 5,1 %. Pour les biologistes, il est passé de 8,4 % à 3,9 %. Pour les pharmaciens, le taux est passé de 51 % à 49,3 %.

Tableau 2 : Triennal 2017- 2019 : Nombre de PS ayant validé leur DPC

Profession	Triennal 2017 -2019			
	Population éligible au financement de l'ANDPC au 1er janvier 2019	Nombre de PS actifs	PS ayant validé leur DPC	
			Nb	% par rapport à la population éligible
Biologistes	4 510	3 567	377	8,4 %
Chirurgiens-dentistes	37 188	11 457	2 335	6,3 %
Infirmiers	127 747	79 118	19 257	15,1 %
Kinésithérapeutes	70 738	39 770	10 141	14,3 %
Médecins	128 191	74 195	45 379	35,4 %
Orthophonistes	21 337	13 249	3 507	16,4 %
Orthoptistes	3 123	1 433	260	8,3 %
Pédicures-podologues	13 782	6 594	1 217	8,8 %
Pharmaciens	26 867	24 196	13 693	51,0 %
Sage-femmes	7 403	4 751	2 368	32,0 %
Total	440 886	258 330	98 534	22,3 %

Source : ANDPC

Tableau 3 : Triennal 2020- 2022 : Nombre de PS ayant validé leur DPC

	Triennal 2020 -2022			
Profession	Population éligible au financement de l'ANDPC au 1er janvier 2019	Nombre de PS actifs	PS ayant validé leur DPC	
			Nb	% par rapport à la population éligible
Biologistes	4 154	2 344	160	3,9 %
Chirurgiens-dentistes	37 235	28 052	18 160	48,8 %
Infirmiers	135 027	75 880	26 321	19,5 %
Kinésithérapeutes	75 551	46 431	5 412	7,2 %
Médecins	126 295	66 657	32 713	25,9 %
Orthophonistes	22 723	13 394	1 148	5,1 %
Orthoptistes	3 478	1 471	2	0,1 %
Pédicures-podologues	13 782	7 449	2 098	15,2 %
Pharmaciens	25 691	21 662	12 666	49,3 %
Sage-femmes	8 347	5 907	1 506	18,0 %
Total	452 283	269 247	100 186	22,2 %

Source : ANDPC

Tableau 4 : Triennal 2023- 2025 : Nombre de PS ayant validé leur DPC avec les missions MSU

	Toutes les inscriptions y compris celles sur des actions MSU			
	Triennal 2023 -2025			
Profession	Population éligible au financement de l'ANDPC au 1er janvier 2023	Nombre de PS actifs	PS ayant validé leur DPC	
			Nb	% par rapport à la population éligible
Biologistes	4 141	1 001	43	1,0 %
Chirurgiens-dentistes	37 646	20 936	15 573	41,4 %
Infirmiers	135 027	56 974	34 310	25,4 %
Kinésithérapeutes	75 551	30 187	11 460	15,2 %
Médecins	126 894	51 203	35 544	28,0 %

Orthophonistes	23 095	9 894	1 016	4,4 %
Orthoptistes	3 604	997	2	0,1 %
Pédicures-podologues	13 782	4 896	2 381	17,3 %
Pharmaciens	25 397	13 879	4 702	18,5 %
Sage-femmes	8 694	4 748	2 599	29,9 %
Total	453 831	194 715	107 630	23,7 %

Source : ANDPC

Tableau 5 : Triennal 2023- 2025 : Nombre de PS ayant validé leur DPC sans les actions MSU

Toutes les inscriptions en excluant celles sur des actions MSU				
Triennal 2023 -2025				
Profession	Population éligible au financement de l'ANDPC au 1er janvier 2023	Nombre de PS actifs	PS ayant validé leur DPC	
			Nb	% par rapport à la population éligible
Biologistes	4 141	1 001	43	1,0 %
Chirurgiens-dentistes	37 646	20 936	15 573	41,4 %
Infirmiers	135 027	56 974	34 310	25,4 %
Kinésithérapeutes	75 551	30 187	11 460	15,2 %
Médecins	126 894	50 372	35 510	28,0 %
Orthophonistes	23 095	9 894	1 016	4,4 %
Orthoptistes	3 604	997	2	0,1 %
Pédicures-podologues	13 782	4 896	2 381	17,3 %
Pharmaciens	25 397	13 879	4 702	18,5 %
Sage-femmes	8 694	4 748	2 599	29,9 %
Total	453 831	193 884	107 596	23,7 %

Source : ANDPC

[17] Ces chiffres diffèrent légèrement de ceux communiqués à la mission par les ordres chargés de contrôler le respect de l'obligation de DPC dans la mesure où l'ANDPC fait masse des professionnels libéraux et des salariés des centres de santé, les ordres n'identifiant pas cette

catégorie de salariés au sein des salariés en général. La mission a cependant dû faire plusieurs itérations avec certains ordres pour obtenir des chiffres stabilisés, la compréhension du champ et la nature-même de l'obligation de DPC n'étant parfois pas bien comprise ; un ordre, notamment, considérait que le DPC était validé dès lors qu'une seule action de DPC était effectuée alors que la définition légale exige deux actions sur deux des trois dimensions précitées (formation continue, évaluation des pratiques professionnelles et gestion du risque). L'ordre des sage-femmes, quant à lui, n'a pas été en mesure de produire de données.

Tableau 6 : Nombre de professionnels ayant validé leur DPC selon les ordres

Profession	Validation DPC	Nombre du PS inscrits	Pourcentage
Infirmiers	18615	649.314	2,86 %
Infirmiers libéraux	17984	135.027	13,30 %
Infirmiers salariés	831	514.287	0,16 %
Pharmaciens	9340	73574	12,60 %
Pharmaciens libéraux	4146	28631	14,5 %
Pharmaciens salariés	5194	44943	11,50 %
Pédicures podologues	1672	13960	12 %
Pédicures podologues Libéraux	1608	13782	11,60 %
Pédicures podologues salariés	4	178	2,20 %
Masseurs kinésithérapeutes	35084	91485	38,30 %
Masseurs kinésithérapeutes Libéraux	34769	75551	45,9 %
Masseurs kinésithérapeutes salariés	305	15934	1,90 %
Médecins	31065	228858	13,60 %
Médecins Libéraux	27566	127510	21,60 %
Médecins salariés	2733	101348	2,70 %
Chirurgiens-dentistes	25005	44145	56,60 %
Chirurgiens-dentistes libéraux	21905	37226	58,80 %
Chirurgiens-dentistes salariés	3100	6919	44,80 %

Source : mission à partir des données communiquées par les ordres pour la validation du DPC ; chiffres DREES pour le nombre de professionnels par profession

[18] Ce très faible taux d'atteinte de l'objectif de DPC trouve sa source dans une interprétation par trop restrictive des textes par l'ANDPC et dans le cumul des contraintes réglementaires limitant l'offre de DPC.

2.2 Allant au-delà des textes, l'ANDPC ne reconnaît que les actions de DPC relevant d'orientations prioritaires qui, elles-mêmes, ne répondent souvent pas aux besoins exprimés par les professionnels

[19] Alors que l'article R.4021-4 II CSP mentionné supra impose qu'une des deux actions de DPC que le professionnel doit valider sur trois ans comprenne deux des trois axes du DPC (maintien des compétences, évaluation des pratiques et gestion du risque) et qu'une des deux actions s'inscrive dans les orientations prioritaires, l'Agence ne valide que les actions s'inscrivant dans ces OP.

[20] Ces orientations prioritaires sont mentionnées à l'article L.4021-2 du code de la santé publique qui prévoit un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, et du ministre de la défense pour les professionnels du service de santé des armées. Celui-ci les orientations pluriannuelles prioritaires de développement professionnel continu. Ces orientations comportent :

- « 1° Des orientations définies par profession ou par spécialité sur la base des propositions des conseils nationaux professionnels ou, en l'absence de conseils nationaux professionnels, des représentants de la profession ou de la spécialité »
- « 2° Des orientations s'inscrivant dans le cadre de la politique nationale de santé »
- « 3° Des orientations issues du dialogue conventionnel (...) »

[21] Pour établir ces orientations, l'Agence dialogue tous les trois ans avec les CNP et le ministère chargé de la santé. La plupart des CNP rencontrés par la mission ont fait état de difficultés dans ce dialogue, l'Agence ne retenant pas toutes leurs propositions ou les réorientant.

[22] Ainsi, le nombre d'orientations prioritaires est passé de 405 sur le triennal 2016-2018, chiffre que la Cour des comptes avait trouvé excessif, à 238 pour le triennal 2020-2022 puis à 205 pour le triennal 2023-2025.

[23] Au demeurant, la délégation que l'Etat donne à l'Agence pour arbitrer ces orientations prioritaires n'est pas conforme au texte précité de l'article R.4021-4 CSP qui en confie la rédaction à l'Etat pour les orientations de santé publique et aux CNP pour les orientations relevant des besoins propres à chaque profession.

[24] Or, l'Agence a placé ces orientations prioritaires au centre de ses démarches puisqu'elle ne finance que les actions s'y conformant et, par conséquent, n'évalue que ces actions financées.

[25] Au surplus et surtout, la plupart des professionnels rencontrés par la mission (ordres et CNP) estiment que ces orientations ne répondent pas aux besoins réels des professionnels. Le bilan du triennal 2020-2023 tend à leur donner raison. Le tableau ci-dessous met en exergue le nombre de professionnels s'étant inscrits à des actions répondant aux orientations prioritaires :

Tableau 7 : NOMBRE DE PROFESSIONNELS INSCRITS PAR ORIENTATION PRIORITAIRE

Nombre de professionnels inscrits par orientation prioritaire						
0 PS	Entre 1 et 500 PS	Entre 501 et 1000 PS	Entre 1001 et 5000 PS	Entre 5001 et 10000 PS	Entre 10001 et 20000 PS	Supérieur à 20000 PS
82	109	15	31	14	7	2

Source : ANDPC. Lecture : 82 des 260 OP n'ont suscité aucune adhésion et 109 n'ont suscité l'adhésion que de 0 à 500 professionnels.

[26] Les CNP ont envisagé, pour pallier cette déconnexion, de développer des parcours de DPC tel que l'y invite l'article R.4021-3 CSP. En effet, l'article L.4021-3 du code de la santé publique dispose que :

« Pour chaque profession ou spécialité, les conseils nationaux professionnels proposent un parcours pluriannuel de développement professionnel continu qui permet à chaque professionnel de satisfaire à son obligation. Ce parcours comporte, notamment, des actions s'inscrivant dans le cadre des priorités définies à l'article L. 4021-2. Chaque professionnel choisit les actions auxquelles il s'inscrit. Pour les professionnels salariés, ce choix s'effectue en lien avec l'employeur.

- L'ensemble des actions réalisées par les professionnels au titre de leur obligation de développement professionnel continu sont retracées dans un document dont le contenu et les modalités d'utilisation sont définis par le conseil national professionnel compétent au titre de leur métier ou de leur spécialité.
- Les conseils nationaux professionnels retiennent, notamment sur la base des méthodes élaborées par la Haute Autorité de santé, celles qui leur paraissent les plus adaptées pour la mise en œuvre du développement professionnel continu
- Les conseils nationaux professionnels regroupent, pour chaque profession de santé ou, le cas échéant, pour chaque spécialité, les sociétés savantes et les organismes professionnels. Les conseils nationaux professionnels et leurs organismes fédérateurs sont éligibles à un financement par le fonds mentionné à l'article L. 221-1-2 du code de la sécurité sociale. Leurs missions ainsi que les principes généraux relatifs à leur composition, à leur financement et à leur fonctionnement sont fixés par décret. Ils font l'objet d'une convention conclue entre les différents conseils ou leur organisme fédérateur, la Caisse nationale de l'assurance maladie et l'Etat.
- En l'absence de conseils nationaux professionnels, les représentants de la profession ou de la spécialité sont sollicités pour exercer les missions définies au présent article. »

[27] A date, la plupart des CNP ont formalisé de tels parcours qu'ils complètent en 2024 pour formaliser les référentiels de certification périodique (cf. infra).

[28] De plus, l'ANDPC ne valide l'inscription d'un professionnel à une action entrant dans le champ d'une OP que si sa discipline lui semble adéquate à l'orientation.

[29] S'agissant des établissements de santé, l'ANFH et les fédérations hospitalières soulignent unanimement l'inadéquation des fiches de cadrage des OP limitées à une spécialité et entièrement définies au niveau national avec les réalités différenciées des équipes sur le terrain alors que, pour les établissements de santé, les textes donnent la responsabilité de maintien des compétences et d'amélioration des pratiques professionnelles aux instances locales - la commission médicale d'établissement (CME) pour les médecins ou le comité social d'établissement (CSE) pour les personnels non-médicaux -, ce qui nécessite donc des marges d'adaptation.

[30] En outre, la temporalité triennale des orientations prioritaires n'est pas adaptée au caractère évolutif de l'innovation thérapeutique, de l'émergence de crises sanitaires ou de la promulgation de nouveaux textes.

[31] Plusieurs interlocuteurs de la mission ont notamment souligné ce point eu égard à l'insuffisante réactivité de l'Agence lors de la crise du Covid.

2.3 Les conditions de prise en charge des actions par l'Agence sont très restrictives

[32] Conformément aux dispositions de l'article R.4021-25 du code de la santé publique (CSP), tout organisme souhaitant présenter des actions dans le cadre des orientations définies à l'article L.4021-2 du même code doit être enregistré auprès de l'Agence nationale du DPC.

[33] L'agence procède à l'enregistrement si l'organisme ou la structure satisfait à des critères, fixés par arrêté du ministre chargé de la santé, relatifs à sa capacité à proposer des actions DPC et à son indépendance à l'égard des entreprises fabriquant ou distribuant des produits de santé.

[34] L'arrêté du 14 septembre 2016 liste les documents du dossier de demande d'enregistrement.

[35] Cependant, l'Agence n'a pas souhaité intégrer les dernières évolutions législatives relatives aux organismes de formation continue qui exige désormais d'eux le label QUALIOP. En effet, la loi du 5 septembre 2018 pour la liberté de choisir son avenir professionnel a introduit des exigences supplémentaires pour les organismes de formation financés par fonds publics, par le biais de la certification Qualiopi (cf. encadrer ci-après).

La certification Qualiopi

La certification Qualiopi est délivrée par des organismes certificateurs eux-mêmes accrédités par le comité français d'accréditation (COFRAC), sur la base d'un référentiel de 7 critères dont le respect est vérifié à l'aide de 32 indicateurs d'appréciation (définis en annexe du chapitre VI du titre premier du livre III de la sixième partie du code du travail) :

Critère 1 : Les conditions d'information du public sur les prestations proposées, les délais pour y accéder et les résultats obtenus.

Critère 2 : L'identification précise des objectifs des prestations proposées et l'adaptation de ces prestations aux publics bénéficiaires, lors de la conception des prestations.

Critère 3 : L'adaptation aux publics bénéficiaires des prestations et des modalités d'accueil, d'accompagnement, de suivi et d'évaluation mises en œuvre.

Critère 4 : L'adéquation des moyens pédagogiques, techniques et d'encadrement aux prestations mises en œuvre.

Critère 5 : La qualification et le développement des connaissances et compétences des personnels chargés de mettre en œuvre les prestations.

Critère 6 : L'inscription et l'investissement du prestataire dans son environnement professionnel.

Critère 7 : Le recueil et la prise en compte des appréciations et des réclamations formulées par les parties prenantes aux prestations délivrées

La certification peut être remise en cause à tout moment : au-delà de ses multiples jalons (audit initial, phase de surveillance, audit à 3 ans), divers processus de signalement (de la part des publics ou des financeurs) sont en cours de mise en place. La loi du 5 septembre 2018 a en effet maintenu une obligation de contrôle qualité.

[36] En 2016, pour 2232 demandes d'enregistrement, l'Agence en a rejeté 408 (18,2 %). Mais ce taux de rejet a très fortement augmenté depuis lors. En 2023, pour 240 demandes, l'Agence en a rejeté 172 (71,6 %). Cette hausse du taux de rejet est la plus prononcée pour les établissements de santé (passage de 16,5 % à 2 sur 3 en 2018, 4 rejets pour 4 demandes en 2022

Encadré 1 : Liste simplifiée des documents et informations à fournir à l'appui d'une demande d'enregistrement d'un organisme (annexe I de l'arrêté du 14 septembre 2016)

- Des informations administratives :
 - Le statut juridique de l'organisme,
 - Le caractère principal ou secondaire de l'activité de DPC et, en ce cas, la nature de l'activité principale,
 - Des éléments d'identification (dénomination, adresse et autres coordonnées, statuts et organigrammes, SIREN-SIRET, code NAF, numéro de déclaration d'activité en qualité d'organisme de formation, nom et qualité des dirigeants, date de début d'activité dans le champ du DPC),
 - Types de prestations proposées (formation continue, EPP, GDR, programmes mixtes) ;
 - Publics concernés (en distinguant selon que l'action est monoprofessionnelle, ou interprofessionnelle),
- Des éléments permettant d'attester de la validité du contenu scientifique des actions :
 - Identification, qualifications, CV et déclarations d'intérêts des membres du conseil scientifique ou, pour les travailleurs indépendants, les mêmes informations et documents concernant le demandeur,
 - Références concernant les actions destinées aux professionnels de santé (thématiques, publics),
- Des informations sur les qualifications des concepteurs d'actions :
 - Critères de choix des concepteurs,
 - Plan de formation des concepteurs,
 - CV et déclarations d'intérêts des concepteurs,
- Des informations quantitatives et qualitatives sur le recours à la sous-traitance
- Des informations sur les modalités d'évaluation ainsi que d'amélioration de la qualité
- Des informations sur les ressources financières :
 - Budget prévisionnel de l'année,
 - Ventilation des ressources de l'année antérieure par nature, identifiant notamment celles provenant d'organismes financeurs de la formation et celles provenant d'entreprises fabriquant ou distribuant des produits de santé,
 - Dispositions prises pour garantir l'indépendance à l'égard des entreprises fabriquant ou distribuant des produits de santé,
- Une description de la politique de gestion des conflits d'intérêt
- Un engagement écrit du demandeur portant sur l'exactitude des informations et documents fournis, la connaissance des OP, et l'utilisation des méthodes de DPC publiées par la HAS

[37] En 2016, pour 2232 demandes d'enregistrement, l'Agence en a rejeté 408 (18,2 %). Mais ce taux de rejet a très fortement augmenté depuis lors. En 2023, pour 240 demandes, l'Agence en a rejeté 172 (71,6%). Cette hausse du taux de rejet est la plus prononcée pour les établissements de santé (passage de 16,5% à 2 sur 3 en 2018, 4 rejets pour 4 demandes en 2022 et 3 rejets sur 4 en 2023. Pour les universités, le taux de rejet est passé de 4,6 % en 2016 à 1 sur 6 en 2022 puis 2 sur 3 en 2023.

[38] Cependant, seule une partie des ODPC enregistrés publient réellement des actions. Ainsi, si le nombre d'organismes enregistrés est passé de 2669 en 2022 à 2724 en 2023 puis à 2752 en 2024, le nombre de ceux publiant des actions a été, pour ces mêmes années, de 1370, 989 et 594.

2.4 Les actions nécessitent une évaluation favorable de commissions scientifiques indépendantes (CSI) pour être acceptées par l'Agence mais très peu d'actions sont en fait évaluées

[39] En application de l'article R.4021-13 du code de la santé publique, 8 CSI (médecins, chirurgiens-dentistes, pharmaciens, sage-femmes, biologistes médicaux, paramédicaux et préparateurs en pharmacie, physiciens médicaux et CSI interprofessionnelle) sont chargées de l'évaluation scientifique et pédagogique des actions s'inscrivant dans le cadre des orientations pluriannuelles prioritaires. Elles n'évaluent donc pas les actions hors OP telles qu'elles menées dans le cadre des parcours de CNP.

[40] Ces CSI sont composées de membres nommés par la direction de l'ANDPC sur proposition des CNP parmi leurs membres présentant des compétences scientifiques et pédagogiques en matière de DPC, de représentants des conférences de doyens et de personnalités qualifiées désignées par le ministre chargé de l'enseignement

[41] L'arrêté du 14 septembre 2016 fixe le cadre de l'évaluation des actions que doivent mener les CSI.

Encadré 2 : contenu du dossier de présentation d'une action de DPC (annexe II de l'arrêté du 14 septembre 2016)

- Identification de l'organisme ou de la structure,
- Type d'action (formation continue, EPP, GDR, programme intégré),
- Action spécifique (type MSU) ou non,
- libellé de l'action,
- Format (présentiel, non présentiel, mixte)
- Le cas échéant, caractéristiques du partenariat,
- L'orientation(s) prioritaire(s) visée(s),
- Méthode(s) HAS de référence,
- Publics concernés (en distinguant selon que l'action est monoprofessionnelle, ou interprofessionnelle),
- Résumé de l'action (objectifs, prérequis pour y participer),
- References, recommandations, bibliographies utilisées,
- Déroulé pédagogique de l'action : description des différentes étapes (durée, intervenants...),
- Effectif maximum prévu par session,
- Concepteur(s) de l'action et intervenants (avec pour chacun d'entre eux le CV et la déclaration d'intérêts),
- Méthodes pédagogiques mises en œuvre,
- Supports pédagogiques utilisés,
- En cas de sous-traitance, identification du(des) sous-traitant(s) et description de l'activité pédagogique sous-traitée,
- Modalités d'évaluation de l'action proposée.
- Année de réalisation de l'action et prix indicatif pour une participation à l'action.

[42] Dans les faits, les actions font l'objet d'un premier examen de conformité par les seuls services de l'ANDPC. La conformité est appréciée par rapport à la complétude du dossier, à l'inscription dans les orientations prioritaires, et à la méthode HAS.

[43] Ce sont les mêmes services qui réalisent l'échantillonnage des actions à soumettre aux CSI. Selon l'ANDPC,

[44] Via l'outil informatique (CAP 13), l'échantillonnage est principalement établi de façon aléatoire avec un algorithme. Plusieurs catégories de règles sont possibles, avec panachage :

Règles d'échantillonnage

- Règles d'échantillonnage à fort impact financier (avec combinaison possible)

- *actions ayant le plus de sessions

- *actions ayant le plus d'inscrits par session

- Règles d'échantillonnage en lien avec des signalements autres que qualitatifs

Outre les actions ayant fait l'objet d'un signalement qualitatif, l'objectif est d'échantillonner les actions d'ODPC ayant fait l'objet de signalements divers (démarchage agressif, pratiques commerciales douteuses, manœuvres frauduleuses, etc.) et pour lesquelles l'Agence estime qu'il est par ailleurs nécessaire de vérifier la qualité des actions publiées.

- Règles d'échantillonnage pour s'assurer du déploiement correct des méthodes HAS

*actions déployant telle ou telle méthode de DPC (vignettes cliniques, TCS, etc.).

- Règles d'échantillonnage visant des actions destinées à de nombreux publics

*actions sur telle thématique.

*actions sur telle OP.

Règles d'échantillonnage visant les ODPC qui déposent en masse des actions

[45] Faute de moyens suffisants, la part des actions évaluées est très faible. Ainsi, les CSI n'ont évalué que 13 % des actions déposées en 2023. Si l'évaluation est majoritaire ou presque pour les sage-femmes (56,9 %) et les biologistes (48 %), elle n'est que de 20,1 % pour la CSI interprofessionnelle, de 19,6 % pour les pharmaciens, 8,6 % pour les paramédicaux et 7,7 % pour les médecins.

[46] Même sur cette faible proportion d'actions évaluées, le taux d'avis défavorable est de 45,8 % en 2023 (57,1 % pour les médecins, 52,7 % pour les chirurgiens-dentistes, 39,9 % pour les paramédicaux et 30,3 % pour l'interprofessionnel).

[47] Au surplus, l'Agence procède à un nouvel examen post-CSI qui aboutit à un taux de divergence non négligeable de 15,7 % de surcroît en croissance (7,6 % en 2021 et 9,7 % en 2022). Ce taux de divergence est le plus important pour l'interprofessionnel (20 % en 2023), les médecins (19,5 %) et les paramédicaux (17,1 %).

[48] Au total, le taux d'actions rejetées a progressivement décliné de 15,8 % à 6,1 % entre 2018 à 2022 puis est très fortement remonté à 34,7 % en 2023.

Pour autant, l'analyse de la qualité des actions mise en place demeure théorique puisqu'elle vise à estimer :

- l'adéquation de l'action à une orientation prioritaire
- l'adaptation du public à la thématique
- la pertinence de la méthode
- les références des concepteurs et intervenants ainsi que leurs liens d'intérêt
- les modalités d'évaluation de l'action
- aucune enquête de satisfaction a posteriori n'est donc menée. De plus, les instances de l'Agence n'ont pas encore mis en place d'évaluation de l'impact de DPC sur les pratiques des professionnels.
- au surplus, l'évaluation intervient souvent quand l'action a d'ores et déjà été mise en œuvre ce qui ne permet pas à l'ODPC d'être assuré a priori d'un financement.

Tableau 8 : Taux d'actions évaluées

		Taux d'actions évaluées		
	CSI	2021	2022	2023
	Biologistes médicaux	12,5 %	38,6 %	48,0 %
	Chirurgiens-dentistes	27,9 %	11,8 %	36,0 %
	Commission ad hoc		100,0 %	100,0 %
	Inter professionnelle	3,1 %	2,1 %	20,1 %
	Médecins	1,3 %	1,1 %	7,7 %
	Paramédicaux	2,0 %	1,1 %	8,6 %
	Pharmaciens	3,7 %	1,4 %	19,6 %
	Physicien médical			
	Sage-femmes	41,8 %	3,4 %	56,9 %
	Global	3,1 %	1,8 %	13,0 %

Lecture : au global, toutes CSI confondues, le taux d'actions évaluées et notifiées est de 7 % en 2023 contre 13 % en 2022.

Tableau 9 : Taux d'avis défavorable final sur l'année

	Taux d'avis défavorable		
CSI	2021	2022	2023
Biologistes médicaux	33,3 %	27,0 %	12,5 %
Chirurgiens-dentistes	33,7 %	42,2 %	52,7 %
Commission ad hoc		40,0 %	100,0 %
Inter professionnelle	39,9 %	39,6 %	30,3 %
Médecins	34,7 %	53,3 %	57,1 %
Paramédicaux	36,9 %	45,2 %	39,9 %
Pharmaciens	65,7 %	65,5 %	64,0 %

Physicien médical			
Sage-femmes	18,5 %	50,0 %	39,2 %
Global	36,0 %	44,6 %	45,8 %

Lecture : Sur la CSI des médecins, 57,1 % des actions évaluées et notifiées ont un avis défavorable en 2023.

Tableau 10 : Taux de décisions divergentes de l'ANDPC par rapport aux avis des CSI

	Taux de divergence		
CSI	2021	2022	2023
Biologistes médicaux	0,0 %	8,1 %	8,3 %
Chirurgiens-dentistes	2,2 %	14,1 %	8,7 %
Commission ad hoc		0,0 %	0,0 %
Inter professionnelle	17,6 %	12,9 %	20,0 %
Médecins	5,3 %	9,8 %	19,5 %
Paramédicaux	4,0 %	5,6 %	17,1 %
Pharmaciens	8,6 %	10,3 %	8,8 %
Physicien médical			
Sage-femmes	4,9 %	0,0 %	17,6 %
Global	7,6 %	9,7 %	15,7 %

Lecture : au global, les actions évaluées et notifiées présentent un taux de divergence d'avis de 15,7 % en 2023 contre 9,7 % en 2022

[49] Grâce à l'action volontariste de l'Agence, la part des actions publiées concernant l'évaluation des pratiques professionnelles a augmenté. Dans le même temps, la part des ODP commercialisés dans l'offre augmente.

[50] En 2022, le nombre d'actions déposées a été de 21.604 et le nombre d'actions validées de 18.830 (87,2 %). En 2023, ces chiffres ont été de 15.334 et de 7.926 (51,7 %) sans qu'il soit possible de savoir si cette importante diminution du taux d'actions validées relève d'exigences accrues de l'Agence ou d'une baisse intrinsèque de la qualité des actions déposées.

[51] En tout état de cause, le taux moyen d'actions évaluées est passé entre 2021 et 2023 de 3,1 % à 13 %. Cette augmentation témoigne des efforts de l'Agence pour accroître la productivité du dispositif d'évaluation. Cependant, ce taux témoigne de l'impossibilité d'atteindre l'exhaustivité du fait de l'engorgement de certaines CSI. Ceci pourrait amener à l'Agence à privilégier un contrôle a posteriori plutôt qu'un contrôle a priori.

[52] Entre 2022 et 2024, le nombre d'actions publiées est passé de 18.630 à 7.926 puis à 10.017. La part d'actions publiées par des ODPC commerciaux est passé de 57,2 % à 63,6 % entre 2022 et 2024, la part des actions publiées par des universités est, lui, passé de 3,6 % à 1,6 %, celle des actions publiées par les établissements de santé passant de 5,7 % à 3,7 %.

[53] La part des actions publiées relevant de la formation continue est passée de 85,6 % à 71,9 %, celle des actions relevant des programmes intégrés passant de 11 % à 21,1 %. La part des actions relevant de l'EPP passe de 3 % à 5,9 % et la part des actions relevant de la gestion du risque 0,3 % à 1 %.

[54] Dans le même temps, la part des actions d'EPP publiées par les EPS passe de 37,8 % à 12,8 % alors que celles publiées par les ODPC commerciaux passe de 33 % à 63,9 %, celles publiées par des associations restant stable (passant de 25,5 % à 22,3 %).

[55] La part des actions de FC publiées par des ODPC reste stable (passant de 57,6 % à 59,1 %), De même, la part d'actions de programmes intégrés publiées par des ODPC commerciaux passe de 62,2 % à 79 %, celles publiées par des associations passant de «35,5 % à 19,4 %.

[56] Comme l'ANDPC, la HAS (pour l'accréditation des professions à risques) et la FAFPM habilitent les organismes dont il finance les actions.

Comparaison des modes de régulation des organismes de formation

Tous les organismes exigent à minima des éléments administratifs et financiers de la part des organismes de formation. Certains demandent en plus des critères relatifs à la pédagogie (ANDPC, FAF-PM, HAS), scientifiques¹³⁷ (ANDPC, HAS) ou de prévention des conflits d'intérêt (ANDPC, HAS) des conflits.

Comme pour l'agrément des organismes, les actions font l'objet d'une évaluation répondant à des critères pédagogiques.

(ANDPC ; FAF PM), tout comme le caractère scientifique de l'action proposée (ANDPC ; FAF PM). Enfin, seule l'ANDPC exige, pour la mise en œuvre d'une action de formation, le respect de critères relatifs à la prévention des conflits d'intérêt.

Le FAFPM et le FIFPL analysent, comme l'ANDPC, la méthode pédagogique proposée, le déroulé de l'action, le niveau des formateurs. Le FIFPL indique être attentif aux liens d'intérêt ;

* Au FAFPM, les organismes habilités sont nécessairement de forme associative, avec un organe délibérant qui doit être majoritairement composé de médecins exerçant à titre libéral. Le FAFPM n'exige pas la certification Qualiopi pour financer les actions de formation car cela n'est pas obligatoire pour les fonds d'assurance formation de non-salariés mais incite fortement les organismes à obtenir le label. Le FIFPL n'agrée pas d'organisme mais exige le label QUALIOPI.

*Le FAFPM et le FIFPL se différencient de l'ANDPC sur trois sujets majeurs :

L'agrément des organismes et des actions n'est valable qu'un an.

Ils n'exigent pas que les actions qu'il finance s'inscrivent dans des orientations prioritaires,

Ils n'exigent pas que les actions respectent les méthodes de la HAS.

Ils ne mènent pas, non plus, de contrôle ex-post des actions.

[57] Si la liberté de thèmes est complète au FAFPM, elle est encadrée au FIFPL puisque l'action doit s'inscrire dans le cadre de thèmes choisis par la commission professionnelle.

[58] Les tableaux ci-dessous, issus du rapport de la Cour des comptes relatif à la formation des médecins en 2024, résument les modalités de contrôle des différents organismes.

Tableau 11 : Procédure d'enregistrement préalable des organismes de formation, selon les opérateurs

ANDPC	ANFH	Opco santé	FAF PM	FIF PL	HAS
Obligation d'enregistrement préalable des OF auprès de l'ANDPC (procédure obtention label ODPC)	Pas d'obligation d'enregistrement préalable	Pas obligation d'enregistrement préalable	Obligation d'habilitation préalable des OF auprès du FAF PM (procédure d'habilitation) Exceptions pour certains cas spécifiques de prises en charge	Pas d'obligation d'enregistrement préalable. Procédure exclusive d'appels d'offres lancés par le FIF PL pour actions de formation spécifiques	Obligation d'obtention préalable d'un agrément auprès de la HAS (procédure d'agrément)

Source : documents internes et sites internet des opérateurs

Tableau 12 : Critères que doivent respecter les organismes de formation, selon les opérateurs

	ANDPC	ANFH	Opco santé	FIF PL	HAS
Critères administratifs et financiers	X	X	X	X	X
Critères scientifiques	X				X
Critères pédagogiques	X				X
Critère d'absence de conflits intérêt	X				X

Source : documents internes et sites internet des opérateurs

Tableau 13 : Critères exigés par les opérateurs pour la prise en charge d'une action de formation

	ANDPC	ANFH	Opco santé	FAF PM	FIF PL	HAS
Conformité obligatoire et l'action aux Orientations Prioritaires nationales (OPN)	Oui	Non	Non	Non	Non	N/A concomitant à la procédure d'agrément de l'organisme
Critères administratifs et financiers	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	
Critères pédagogiques	Oui	Non	Non	Oui	Non	
Caractère scientifique de l'action proposée	Oui	Non	Non	Oui	Non	
Critères relatifs à l'absence de conflits d'intérêt	Oui	Non	Non	Non	Non	

Source : Mission, à partir du rapport de la Cour de Comptes sur la formation continue des médecins

Tableau 14 : Modalités des contrôles des actions de formation par les opérateurs

	ANDPC	ANFH	Opco santé	FAF PM	FIF PL	HAS
Périodicité	Contrôles a priori systématiques dans cadre procédure enregistrement des actions de formations proposées par les ODPC, contrôles a posteriori selon plan de contrôle	Contrôles a posteriori, selon plan de contrôle, initiative ou signalement	Contrôles a posteriori, selon plan de contrôle, initiative ou signalement	Contrôles a priori systématiques dans cadre enregistrement des actions de formation proposées par les OH, contrôles a posteriori sur initiative	Contrôles a priori systématiques dans cadre appel d'offre, contrôles a posteriori sur signalement ou autre initiative	N/A. Concomitant à la procédure d'agrément ou de renouvellement de l'organisme

Source : Documents internes et sites internet des opérateurs

3 Le monde salarié est quasiment absent du DPC

[59] Le DPC a très peu pénétré le salariat des professionnels de santé notamment dans les établissements de santé qui en ignorent parfois même l'obligation.

[60] En premier lieu, le secteur public voit ses budgets de formation fortement impacté par de nombreuses obligations légales et réglementaires et doit notamment en consacrer une part significative aux études promotionnelles.

[61] Dans le secteur privé, la loi de 2018 a amoindri les ressources dédiées à la formation professionnelle pour les établissements privés de plus de 50 salariés.

[62] Ainsi, les financements ont été fléchés sur le plan d'investissement dans les compétences (PIC), l'apprentissage et l'alternance, et du CPF mobilisent, depuis la loi du 5 septembre 2018 pour la liberté de choisir son avenir professionnel, 90 % des ressources produites par les cotisations légales

Tableau 15 : Ressources financières mobilisables pour le financement du DPC selon le statut et le lieu d'exercice des professionnels de santé

Catégorie	Organismes financeurs	Ressources financières	Observations
Professionnels libéraux conventionnés	ANDPC FAF-PM (médecins) FiF-PL (autres PS)	Dotation du FAC Cotisation (0.25 %PSS) Cotisation (0.25 %PSS)	Pas d'identification du DPC dans les catalogues des deux fonds
Professionnels libéraux non conventionnés	FAF-PM (médecins) FiF-PL (autres PS)	Cotisation (0.25 %PSS) Cotisation (0.25 %PSS)	Pas d'identification du DPC dans les catalogues des deux fonds, pas d'action du FiF-PL pour les psychomotriciens

3.1 La distinction entre formation continue et DPC n'est pas claire et donc mal identifiée

[63] En dehors du DPC, de nouvelles contraintes légales et réglementaires imposent aux établissements de santé des formations régulières qui, sous contrainte d'enveloppe, peuvent être privilégiées par rapport au DPC.

[64] De plus, l'obligation de faire publier par l'Agence les actions de DPC cumulée à la complexité des démarches administratives pour y parvenir entrave l'appétence des établissements à faire publier les actions menées en leur sein, ce qui empêche de nombreux professionnels des établissements de santé de valoriser les actions collectives auxquelles ils participent habituellement, telles que les actions collectives, la participation à des recherches cliniques ou l'animation de formations. De même, la règle consistant à ne retenir que les formations relevant de leur spécialité d'origine les privent du bénéfice de celles qu'ils suivent dans le cadre de leur spécialité d'exercice.

[65] N'entrent ainsi pas dans le champ du DPC au sens de l'Agence les nombreuses actions organisées par les employeurs et répondant aux objectifs du DPC tels que définis par la loi : maintien et actualisation des connaissances et des compétences, analyse, évaluation et amélioration des pratiques, gestion des risques. :

- Des actions d'adaptation à l'emploi des personnels nouvellement recrutés qui ont pour but un perfectionnement de leurs connaissances et une mise en adéquation de leurs compétences par rapport à celles exigées par leur poste de travail, dans le but de garantir la qualité et la sécurité des soins ;
- Des actions de formation aboutissant à l'acquisition de nouvelles compétences réglementaires des professionnels donnant lieu à certification
- Des actions de formation au titre des obligations réglementaires et des procédures de vérification correspondantes incombant à l'employeur : certification des établissements de santé, accréditation des laboratoires de biologie médicale (en établissement et en ville), mesures de radioprotection, etc.

[66] A l'inverse, les projets de référentiels incluent dans le champ de la certification périodique « des actions en situation de travail », ainsi que « les actions permettant de développer une démarche interdisciplinaire des pratiques professionnelles et garantir leur sécurité ainsi que d'autres actions visant à développer la prévention en santé, à garantir les bonnes pratiques et concourant à la gestion des risques, qu'elles soient individuelles ou collectives ».

3.2 Les employeurs ne sont pas impliqués dans le DPC

[67] Les seules dispositions impliquant les employeurs dans le DPC sont les suivantes :

- Art.L.4021-3 dispose que « Chaque professionnel choisit les actions auxquelles il s'inscrit. Pour les professionnels salariés, ce choix s'effectue en lien avec l'employeur ».
- Art.L.4021-5 « Le développement professionnel continu se réalise dans le respect des règles d'organisation et de prise en charge propres aux différents secteurs d'activité des professionnels de santé, notamment par les employeurs... »
- Aux termes de l'Article D6143-37-2 du code de la santé publique, le président de la coordonne l'élaboration du plan de développement professionnel continu des personnels médicaux.
- En application de l'article R.6144-1 du code de la santé publique, la commission médicale d'établissement est consultée sur :
 - « 8° Le plan de développement professionnel continu relatif aux professions médicales, maïeutiques, odontologiques et pharmaceutiques ».

[68] L'employeur n'est autorisé de contrôle du respect de l'obligation, aux termes de l'art.R.4021-23 du code de la santé publique, que pour les 4° Pour les auxiliaires médicaux appartenant à des professions qui ne relèvent pas d'un ordre professionnel, les préparateurs en pharmacie, les aides-soignants et les auxiliaires de puériculture, exerçant en qualité de salariés du secteur public ou du secteur privé.

[69] Ainsi, à rebours de ce qui se passe pour la formation continue, l'employeur n'exerce pas de contrôle sur la réalité de la conformité des professionnels salariés à leur obligation.

[70] De plus, les établissements de santé peinent à déposer avec succès les nombreuses actions qu'ils mènent pourtant en interne : l'Agence exige en effet que la globalité du programme pédagogique

[71] De l'action de DPC soit couverte par l'orientation prioritaire sélectionnée, et dans le cas où deux orientations seraient sélectionnées, il n'est pas autorisé que chacune couvre une partie différente du programme. De plus, la majeure partie de la fiche de cadrage doit être couverte par l'action déposée. Ainsi, toute l'action doit se rattacher à la fiche de cadrage, et elle doit en traiter la majorité des éléments.

[72] Enfin, les travaux entamés entre l'ANDPC et les fédérations d'établissements pour envisager un accès des établissements au système d'information de l'ANDPC n'ont pas connu de suite.

[73] En définitive, alors même que les actions d'évaluation des pratiques et les formations menées dans les établissements de santé et, plus largement, dans le monde salarié, sont nombreuses, les critères restrictifs tant en termes d'inscription des professionnels dans des actions que d'encadrement de l'offre restreignent à l'excès les possibilités de validation du DPC pour les salariés à tel point que les dotations que l'ANDPC devraient verser aux opérateurs de formation des salariés ne sont pas consommées.

[74] Le désintérêt croissant des établissements de santé et de leurs salariés pour les actions de DPC est illustré par la décroissance de la dotation de l'ANDPC à l'ANFH, dotation elle-même sous-consommée.

Tableau 16 : DPC des actions organisées par les employeurs en vue de l'amélioration des connaissances et compétences de leurs seuls salariés, que ces actions relèvent d'obligation réglementaires auxquels ils sont soumis, de l'adaptation à l'emploi, ou de la certification de nouvelles compétences

En K€	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Collecte Ets (dont cotisations sur exercices antérieurs) **	14 523	20 370	21 555	22 379	23 188	24 241	24 759	25 979	28 005	29 697	31 269
Crédit's alloués OGDPC/ANDPC ***	17 200	17 200	11 876	11 876	6 998	10 500	3 500	3 500	5 600	5 600	0
Consommé actions prioritaires *	13 097	17 325	17 813	12 257	4 873	4 044	3 490	1 473	2 561	2 726	1 641
Consommation totale DPCM *	13 097	19 286	22 771	25 227	26 527	27 227	27 411	15 033	22 189	29 748	32 667
Reports **	12 129	20 471	30 341	33 460	26 294	26 619	25 212	36 136	42 501	43 009	41 395

Source : Association nationale pour la formation permanente des personnels hospitaliers

[75] Au surplus, l'ANFH et l'ANDPC éprouvent régulièrement des difficultés à conclure une convention sur le DPC. L'ANFH met notamment en avant l'article L.4021-5 du code de la santé publique qui dispose que « le développement professionnel continu se réalise dans le respect des règles d'organisation et de prise en charge propres aux différents secteurs d'activité des professionnels de santé, notamment par les employeurs (...) ». Elle estime à cet égard que la spécificité du travail en équipe dans les établissements de santé est insuffisamment prise en compte dans les actions publiées par l'ANDPC et dans les modalités de validation de l'inscription des salariés (tenus de ne s'inscrire que dans le cadre de leur spécialité définie par leur qualification ordinale).

[76] En 2023, le conseil d'administration de l'ANFH a refusé de signer une telle convention considérant que ses demandes consistant à trouver les voies et moyens de la reconnaissance par l'ANDPC du mode d'organisation dans le secteur salarié et en particulier du rôle des CME ou des DAM et à supprimer le contrôle de l'ANDPC, que l'ANFH estime abusif, sur l'adéquation entre spécialités ordinales et publics

[77] Visés relativement aux orientations prioritaires en matière de politique de santé (annexe I) n'étaient pas entendues.

[78] S'agissant de ce dernier point, l'ANFH fait valoir que « les médecins généralistes travaillent dans les services d'urgence, de gériatrie, de spécialité d'organes, voire de chirurgie, où ils assurent la prise en charge des pathologies courantes des patients dans le cadre d'un parcours de prise en charge organisé. Mais leur exercice n'est pas ou peu reconnu par l'ANDPC ».

[79] Ces difficultés sont encore plus marquées entre l'ANDPC et l'OPCO Santé puisque, depuis 2023, il n'existe plus de convention entre les deux institutions ce qui a conduit l'ANDPC à attribuer les 1,5 M€ dédiés à l'OPCO à l'ANFH, cette enveloppe s'ajoutant à la dotation initiale ANFH de 3,5 M€.

[80] L'ANFH et l'OPCO plaident donc pour que l'assurance maladie leur verse directement le financement du DPC des professionnels salariés.

4 Certaines professions sont confrontées à une insuffisance d'offre de DPC et/ou une absence de financement

4.1 Certaines professions ne disposent pas d'une offre de DPC, notamment en termes d'évaluation des pratiques professionnelles, répondant à leurs besoins propres

[81] Le tableau ci-dessous présente l'offre restreinte pour certaines professions sur le triennal 020-2022.

Tableau 17 : Analyse de l'offre d'actions DPC pour certaines professions sur le triennal 2020 - 2022

Profession	Nombre d'OP	Nombre d'actions publiées	dont monopro	Nature	dont pluripro	Autres professions visées par les actions	Nature
Ambulancier	0	0					
Assistant dentaire	0	22	3	3 FC	19	Actions dans le cadre des OP de politique de santé	15 FC, 4 PI (FC+EPP)
Audioprothésiste	3	101	23	20 FC, 1 EPP, 1 PI (FC+EPP)	78	Dont 73 actions dans le cadre des OP de politique de santé et 5 actions avec médecins (1 avec orthophoniste et 1 avec MK) sur pathologies auditives	77 FC, 1 PI (FC+EPP)
Diététicien	1	919	13	13 FC	906	Dont 904 actions dans le cadre des OP de politique de santé, 1 action avec médecin et IDE sur la nutrition artificielle, 1 action avec médecin sur les troubles alimentaires	819 FC, 30 EPP, 10 GDR, 47 PI (45 FC+EPP, 2 FC+GDR)
Épithésiste	0	44			44	Actions dans le cadre des OP de politique de santé	43 FC, 1 PI (FC+EPP)
Infirmier en pratique avancée	0	60	8 (7 avec IDE)	4 FC, 4 PI (FC+EPP)	52	Actions dans le cadre des OP de politique de santé	36 FC, 16 PI (FC+EPP)
Oculariste	0	30			30	Actions dans le cadre des OP de politique de santé	29 FC, 1 PI (FC+EPP)
Orthopédiste-orthésiste	0	92			92	Actions dans le cadre des OP de politique de santé	87 FC, 1 EPP, 1 GDR, 3 PI (FC+EPP)
Orthoprothésiste	1	81			81	Dont 80 actions dans le cadre des OP de politique de santé et 1 action avec médecin, MK, PP, ergo	79 FC, 1 EPP, 1 PI (FC+EPP)

Physicien médical	2	7	1	1 FC	6	Radio protection PS et patients : MERM, médecins, biologistes	6 FC
Podo-orthésiste	2	106			106	Dont 98 actions dans le cadre des OP de politique de santé, 8 avec PP et 1 actions avec MK et ergo	103 FC, 1 GDR, 2 PI (FC+EPP)
Psychomotricien	1	1 163	8	7 FC, 1 EPP	1 155	Dont 1 134 actions dans le cadre des OP de politique de santé	1090 FC, 36 EPP, 9 GDR, 20 PI (18 FC+EPP, 1 FC+GDR, 1 FC+EPP+GDR)

[82] On peut distinguer deux groupes de professions :

- Celles qui sont dans l'impossibilité de remplir l'obligation de DPC parce que l'offre qui leur est destinée ne contient pas d'action d'EPP ou de GDR (y compris dans des programmes intégrés) : les médecins.
- Celles qui ne peuvent remplir l'obligation qu'en suivant des actions multi professionnelles s'inscrivant dans le cadre des orientations relevant de la politique nationale de santé, avec une offre très limitée en matière d'évaluation des pratiques, par le biais de programmes intégrés : épithésistes (1 action d'EPP sur 44), ophtalmologistes (1 sur 30), orthopédistes (4 sur 92), orthoprothésistes (2 sur 81), podo-prothésistes (2 sur 106).

4.2 Les professions non financées par l'ANDPC peuvent éprouver des difficultés à trouver d'autres financeurs

[83] **Pour les libéraux :**

[84] Parmi les 11 professions de santé non (nécessairement) salariées et non prises en charge financièrement par l'ANDPC, 28⁴² ne peuvent pas bénéficier du financement du FIF PL : il s'agit des 7 professions de l'appareillage médical (audioprothésistes, épithésistes, ophtalmologistes, opticiens-lunetiers, orthopédistes-orthésistes, orthoprothésistes, podo-orthésistes), mais aussi des ambulanciers (ces derniers peuvent toutefois aujourd'hui créer un compte); ainsi le FIF PL ne se substitue-t-il au rôle de financement de l'agence que dans le cas des diététiciens, des psychomotriciens et des ergothérapeutes (même s'il peut aussi financer d'autres professions de santé en complément de l'ANDPC lorsque leurs quotas sont atteints, selon un principe de prise en charge différentielle).

⁴² Les nombre de professions varient entre 28 et 31 selon le mode de regroupement par inclusion ou non par exemple (des biologistes dans la catégorie de médecins).

- Toutefois le catalogue du fonds n'identifie pas les actions de DPC figurant sur le catalogue de l'ANDPC et aucune action n'est proposée aux psychomotriciens. Néanmoins, le FIF-PL a indiqué à la mission que, si la demande lui en était faite, il pourrait typer les actions propres au DPC relevant de l'ANDPC sur son catalogue.

[85] **Pour les salariés :**

- l'OPCO *entreprises de proximité* couvre les salariés des pharmacies d'officine, des cabinets médicaux et dentaires et des laboratoires de biologie médicale mais aussi des salariés appartenant à une des activités très éloignées du champ de la santé.

5 Les modalités de financement du DPC sont perfectibles

[86] L'ANDPC finance les frais pédagogiques des ODPC et indemnise la perte supposée de ressources liée à la participation des professionnels libéraux aux actions de DPC.

- **Le Conseil de gestion (CG)** détermine les modalités de gestion de l'enveloppe allouée au DPC des professionnels de Santé libéraux conventionnés et salariés exerçant en centre de santé conventionné. Il répartit ce budget DPC dit « guichet » entre les dix professions prises en charge par l'Agence. Il est constitué des membres de l'AG, des présidents des dix sections professionnelles, d'un médecin généraliste et d'un médecin spécialiste, membres de la section professionnelle des médecins.
- **Les sections professionnelles, composées de membres nommés par la direction de l'Agence sur proposition des organisations représentatives des professionnels libéraux, (SP)** assurent la gestion des enveloppes financières qui leur sont dévolues par le conseil de gestion. Elles fixent les modalités de prise en charge des actions de DPC. Chaque section professionnelle assure un pilotage infra-annuel du dispositif de DPC pour la profession de santé qu'elle représente. Elle est composée de représentants des organisations syndicales représentatives de la profession au niveau national.

[87] Les sections professionnelles peuvent différencier les forfaits de prise en charge des actions de DPC en fonction de critères préalablement définis par le conseil de gestion. La section peut modifier en cours d'année le niveau de ces forfaits.

[88] Elles peuvent limiter sur une durée déterminée le nombre d'actions de développement professionnel continu par professionnel pris en charge auxquelles les professionnels peuvent s'inscrire. Elles peuvent également limiter sur une durée déterminée le nombre de professionnels de santé pouvant s'inscrire aux actions.

[89] Le montant engagé au 31 décembre 2023 est partagé entre les organismes de DPC au titre de la prise en charge des frais pédagogiques (135,3 M€) et les professionnels de santé à Titre de leur indemnisation (85,2 M€). Ces dépenses augmentent respectivement de 1,1 % et 19,5 % par rapport à 2022.

PROFESSION	Montant engagé total	Montant ODPC	Montant PS	% Montant engagé ODPC	% Montant engagé PS
Toutes professions confondues	220 411 698 €	135 246 215 €	85 165 484 €	61,4 %	38,6 %
Médecins	85 987 573 €	61 630 971 €	24 356 602 €	71,7 %	28,3 %
Infirmier	52 639 749 €	28 035 832 €	24 603 917 €	53,3 %	46,7 %
Chirurgien-dentiste	26 161 719 €	15 935 350 €	10 226 369 €	60,9 %	39,1 %
Masseur-kinésithérapeute	23 308 899 €	13 832 151 €	9 476 748 €	59,3 %	40,7 %
Pharmaciens	12 010 961 €	6 397 557 €	5 613 405 €	53,3 %	46,7 %
Orthophonistes	8 874 127 €	3 635 583 €	5 238 544 €	41,0 %	59,0 %
Sage-femme	5 281 561 €	3 043 433 €	2 238 127 €	57,6 %	42,4 %
Pédicure-podologues	4 698 180 €	2 012 285 €	2 685 895 €	42,8 %	57,2 %
Orthoptistes	910 300 €	407 083 €	503 217 €	44,7 %	55,3 %
Biologistes	538 630 €	315 970 €	222 660 €	58,7 %	41,3 %

[90] Cependant, L'indemnisation des pertes de ressources lors de l'engagement des professionnels dans une action de DPC, héritée de l'historique de la formation professionnelle conventionnelle, manque de base légale, ce qui place l'Agence en situation de fragilité. Au surplus, cette indemnisation n'apparaît pas tout le temps justifié notamment lorsque les actions se déroulent en dehors du temps de travail ou lorsque la perte de ressources n'est pas réelle (cas du pharmacien dont l'officine continue à fonctionner normalement grâce à ses confrères). Une suppression semble aussi s'imposer pour les sessions en e-learning et les sessions présentielles hors temps de travail.

[91] En matière de frais pédagogiques, l'ANDPC a récemment réalisé un abattement de 50 % sur les tarifs de e-learning par rapport aux formations en présentiel mais estime désormais cet abattement trop important par rapport à l'investissement relativement plus important que la conception de telles actions occasionnent.

[92] Aussi envisage-t-elle une proposition pour la part ODPC qui consisterait à :

[93] Construire un modèle dégressif par tranche d'inscriptions pour le e-learning basé sur une logique d'investissement/amortissement

[94] Valoriser les actions de simulation en santé

[95] Au-delà, le paiement des ODPC au forfait horaire par professionnel qui leur permet de maximiser leur chiffre d'affaires en multipliant le nombre de participants ne correspond à aucune logique économique dans la mesure où, hormis en logistique, ces organismes supportent des coûts fixes (préparation et réalisation de la formation). Un paiement à la session sur le mode des autres opérateurs de formation du secteur s'impose donc.

[96] L'agence envisage par ailleurs le passage d'un modèle d'avance totale à un modèle de remboursement par l'Agence.

[97] S'agissant du financement lui-même, le DPC est financé par une fraction du fonds d'action conventionnelle (FAC) de l'assurance maladie selon des modalités prévues par la COG de l'Etat avec la CNM, le FAC étant lui-même alimenté par une partie de la taxe sur l'industrie pharmaceutique.

[98] Pour le financement du DPC des professionnels salariés, la loi confie à l'ANDPC le soin de conclure des conventions avec l'ANFH et l'OPCO Santé pour reverser une partie du financement assurance maladie au titre du DPC des seuls médecins.

[99] Cependant, compte tenu des différences d'interprétation du caractère plus ou moins sélectif des actions de DPC vis-à-vis de la formation continue générale entre ANFH, OPCO et ANDPC, le financement ANFH est passé de 17 M€ en 2012 à 2 M€ en 2023, et l'OPCO Santé a, en 2022, interrompu toute convention avec l'ANFH.

[100] Compte tenu de ces éléments et de la préconisation d'étendre le DPC à l'ensemble des actions de formation continue en établissement, il paraîtrait préférable de confier à l'assurance maladie le soin de verser directement les financements d'une partie de la taxe sur l'industrie pharmaceutique à l'ANFH et à l'OPCO.

[101] S'agissant des professionnels libéraux, le FAFPM pour les médecins et le FIFPL pour les autres professionnels peuvent financer ou co-financer des actions de DPC mais leurs modalités d'assurance qualité sont moins exigeantes que celles de l'ANDPC.

6 Les tutelles ont laissé l'ANDPC gérer des injonctions contradictoires

[102] L'assemblée générale du groupement d'intérêt public (GIP), qui constitue le statut d'ANDPC, est composée de représentants du ministère chargé de la santé et de l'assurance maladie, qui se trouvent ainsi dans la situation paradoxale d'exercer une tutelle sur un organisme dont ils constituent les instances dirigeantes.

[103] Pour autant, force est de constater qu'aucune des sollicitations de l'Agence auprès de ses tutelles et membres constitutifs sur des sujets de fond allant de l'articulation du DPC avec la certification périodique, à l'absence de base légale à l'indemnisation des professionnels libéraux aux impasses réglementaires encadrant le recrutement des agents de l'Agence qu'au déménagement un temps envisagé du groupement n'a, depuis plusieurs années, reçu de réponse et ce malgré des saisines officielles par la direction de l'agence.

[104] De la même façon, l'Etat va jusqu'à déléguer à l'Agence le rôle d'arbitrer face à des CNP des orientations prioritaires dont la finalisation lui appartient pourtant et cela sans base légale sans, pour autant, que la DGOS ne soutienne la direction du GIP face aux représentants des professionnels quand. Celle-ci effectue des arbitrages.

[105] Ce désengagement des membres constitutifs du GIP est tel qu'aucun COP n'a pris le relais de celui couvrant la période 2020-2022.

[106] Dans le même temps, l'Agence a, par choix ou par nécessité, joué un rôle que devraient jouer les professionnels. Ceci a été sans aucun doute facilité par le fait que les représentants de la profession ne sont pas associés à la gouvernance de l'Agence si ce n'est dans la gouvernance financière où le conseil de gestion et les sections professionnelles fixent les forfaits pédagogiques et le montant de l'indemnisation des professionnels libéraux et répartissent les enveloppes entre professions.

[107] Ce déséquilibre au détriment des professionnels et au profit de la direction de l'Agence est marqué tant en ce qui concerne la fixation des orientations prioritaires qui relèvent, pour celles visant chacune des professions, en principe de la seule proposition des CNP que de l'adaptation des méthodes HAS qui relève, selon l'article L.4021-3 du code de la santé publique précité, des CNP mais a, de fait, été réalisée par la direction de l'Agence.

[108] Pourtant, l'article D.4021-2 CSP dispose que

[109] « II.-Les conseils nationaux professionnels :

1° Apportent leur concours aux instances de l'Agence nationale du développement professionnel continu mentionnée à l'article L. 4021-6, notamment pour la définition des critères d'évaluation des actions de développement professionnel continu proposées par les organismes ou les structures et l'élaboration des plans de contrôle annuel des actions de développement professionnel continu ;

2° Proposent, en liaison avec le Haut Conseil du développement professionnel continu des professions de santé prévu à l'article [R. 4021-11](#), les adaptations qu'ils jugent utiles des méthodes de développement professionnel continu définies par la Haute Autorité de santé (..) »

[110] De même, comme vu précédemment, la direction de l'Agence, arguant de l'insuffisante compétence pédagogique des commissions scientifiques indépendantes, s'est arrogée un droit de divergence post-avis des dites CSI qui, en 2024, va jusqu'à 15 % et ce contrairement au III de l'article R.4021-13 CSP qui dispose que :

1° Elles sont chargées de l'évaluation scientifique et pédagogique des actions s'inscrivant dans le cadre des orientations pluriannuelles prioritaires définies à l'article [L. 4021-2](#)

[111] Cependant, une plus grande implication des professionnels, souhaitable pour assurer le recensement des besoins pragmatiques de développement professionnel continu et pour favoriser l'appropriation du DPC, se heurte à une difficulté qu'il conviendrait de lever. Comme l'illustre la note de la directrice de l'ANDPC du 9 février 2021 et son annexe, les représentants syndicaux siégeant dans les sections professionnelles sont très souvent membres d'instances dirigeantes desdits syndicats eux-mêmes liés, y compris financièrement, à des organismes de formation et de DPC. La proposition d'introduction d'une incompatibilité par voie réglementaire, formulée dans cette note, est restée lettre morte.

[112] De même, on peut noter que les membres des CSI sont nommés par la direction de l'Agence sur proposition des CNP, ce qui répond à une logique de représentativité issue de la gestion conventionnelle historique, et ne garantit ni l'absence de conflit d'intérêt ni la compétence scientifique et pédagogique.

[113] Au total, l'Agence, par sa double mission de financement du dispositif et d'évaluation de sa qualité, doit faire face à des injonctions contradictoires qui déséquilibre le système et l'expose à des conflits permanents.

7 Même si le dispositif de DPC n'atteint qu'une très faible minorité de la population cible, l'Agence s'est dotée d'une organisation et de process d'expertise robustes

[114] La Direction de la qualité du DPC (DQ) comporte :

- **Un service qualité des organismes qui gère l'enregistrement des ODPC**

Il est lui-même composé de 3 agents dont un responsable et deux agents administratifs qui ont la charge de vérifier la conformité du dossier présenté par l'organisme aux contenus et critères définis par l'arrêté du 14 septembre 2016 (concernant l'analyse des contenus et critères,

- **Un service qualité des actions (SQA) qui, outre un responsable et son adjoint, comprend :**

- * **un service qualité des actions/CSI** comportant 7 ETP (4 chargés de mission, 4 gestionnaires et 3 agents administratifs) Ce service vient en appui des CSI pour l'organisation de leurs réunions et la gestion des tâches administratives : réception des évaluations réalisées par les binômes, réalisation d'un tableau de synthèse des évaluations des binômes pour la CSI, participation à une réunion préparatoire à la CSI avec son président et vice-président, appui à la rédaction des avis des CSI et des notifications des résultats des évaluations aux ODPC. Ces dernières sont soumises à la relecture du directeur de la DQ avant signature de la directrice générale.

- * **un service qualité des actions pool d'experts** de professionnels de santé (libéraux ou retraités) exerçant à l'agence à temps partiel. L'agence estime qu'un agent peut traiter 30 actions par jour de travail (soit environ 6000 actions par ETP et par an).

[115] Le responsable de la DQ remplit en outre une mission d'expertise auprès de la DG ; il élabore le programme de développement du dispositif, effectue des missions de veille et de représentation internationales de l'Agence. Tous les trois ans, il pilote de façon opérationnelle la concertation relative aux orientations prioritaires de DPC.

[116] La **Direction administrative des ressources** comporte :

- * **un service des affaires juridiques et du contrôle (SJC)** doté d'un responsable, de 3 juristes, de 2 contrôleurs et d'une assistante administrative ; les effectifs de ce service ont été renforcés dès le printemps 2022, par la création de 3 postes : recrutement d'une assistante juridique et d'un contrôleur vérificateur, ainsi que d'une juriste- contrôlease pour assurer la gestion des contrôles et prendre en charge les suites de constats d'anomalies ou de fraudes relevées à la suite des contrôles opérés.

- * **un service marché et achats** qui comporte un responsable, un rédacteur des marchés et un responsable des achats ;

* un **service des ressources humaines** doté de 3 personnes auquel s'ajoute en 2024 un renfort temporaire ;

* un **service des moyens généraux** doté de 2 agents

* Un service **de gestion des opérations du DPC (SGO)** doté d'un responsable, d'un adjoint et de 6 agents chargés de saisies.

[117] L'agence comptable (5 personnes) : une part importante de l'activité est constituée par le paiement des factures et indemnisations liées au DPC, et par des actions de recouvrement d'indus ;

[118] La **Direction du Budget, de la gestion des risques et du contrôle interne (DBRI)** comporte :

- Un **service pilotage budgétaire** (1 agent)_en charge de gérer l'ensemble du processus budgétaire de l'Agence, de l'élaboration à la mise en œuvre, les processus de maîtrise des risques, le contrôle budgétaire et le contrôle interne au sein de l'Agence. Il veille à la gestion de la préparation de l'assemblée générale de l'ANDPC. Il s'attache à garantir l'intégrité des opérations, de l'Agence notamment budgétaires, en veillant au respect des procédures et règles internes. Elle identifie, évalue et est chargée d'atténuer les risques potentiels des processus majeurs ;
- Une **mission contrôle interne** (1 agent). Ce pôle a la charge d'élaborer les dispositifs de gestion des risques, de déployer les mesures de prévention et d'assurer l'application et le respect des principes et méthodes des dispositifs de gestion des risques.

[119] En outre, ce pôle a également pour mission de sensibiliser les agents sur les meilleures pratiques en matière de gestion des risques, de réaliser des contrôles ou des audits internes réguliers pour vérifier l'efficacité des dispositifs en place et proposer des améliorations.

[120] La **direction des relations avec les usagers, de l'accompagnement et de la promotion du DPC (DRUA)** est chargée de la conception et diffusion d'outils et méthodes d'accompagnement sur le dispositif de DPC. Elle coordonne la concertation des acteurs, notamment par la mise en place de comités d'usagers. Elle est également chargée de la définition de la stratégie globale de promotion du DPC auprès des différents acteurs, de la mise à disposition d'une information ciblée par public et de l'élaboration et de la diffusion d'outils d'accompagnement. Enfin, elle assure la communication interne et la diffusion de l'information auprès des personnels de l'Agence.

[121] La DRUA comprend un service des relations avec les usagers de 8 ETP et un service de l'accompagnement et de la promotion du DPC doté de 3ETP.

[122] Rattaché à la direction générale, le **pilotage de la donnée (SPDD)** comporte, outre son responsable, 3 statisticiens et un data-analyste. Il **effectue** les tâches principales suivantes :

[123] La production régulière de données de suivi du DPC :

- Rapports d'activité annuel par profession ;
- Rapports semestriels sur l'offre de DPC et le nombre d'inscriptions adressés aux CNP, aux fédérations d'employeurs et aux ordres ;

- Suivi mensuel de la consommation des enveloppes par profession et réalisation de projections à destination du conseil de gestion et des sections professionnelles ;
- Chiffres clés publiés chaque trimestre sur le site internet ;
- Des travaux « à façon » pour le compte des services métiers ou de partenaires extérieurs (notamment les administrations de tutelle), notamment :
 - Travaux d'échantillonnage des actions à évaluer par les CSI ;
 - Estimation des provisions à constituer sur les actions de DPC réalisées pour l'arrêté des comptes, à destination de la DAF et de l'AC ;
 - Travaux de ciblage des contrôles à effectuer, par combinaison de différents critères (en utilisant des techniques de *data mining*), en appui de la DAJC.
 - Autres travaux réalisés à la demande des administrations centrales ou de la direction de l'agence.
- Également rattachés à la DG :
 - Le **service des systèmes d'information** compte, outre son responsable, 8 agents (dont 5 développeurs) auquel s'ajoute en 2024 un renfort temporaire.
 - Le **service d'assistance à maîtrise d'ouvrage (AMOA)** comporte 3 chefs de projets.

8 Il n'existe pas de mesure d'impact du DPC sur les pratiques professionnelles

[124] L'article R.4021-7 du code de la santé publique confie à l'Agence nationale du DPC la mission de l'évaluation de l'impact du DPC sur les pratiques professionnelles ainsi que l'efficacité du dispositif.

[125] L'évaluation de l'impact des dispositifs de DPC et de certification des professionnels de santé est réputée particulièrement difficile en France comme à l'étranger.

[126] Cependant, le Haut conseil du développement professionnel continu (HCDPC) a reçu, dès 2016, la mission de concourir avec l'ANDPC à la réalisation de telles études.

[127] Le décret du 6 mars 2023 a modifié la composition de cette instance qui comprend désormais un président nommé par la direction de l'Agence, les présidents de CSI, un représentant de France Universités, un représentant de la HAS, et 16 personnes nommées par la direction de l'ANDPC (dont 8 représentants des CNP et 8 personnalités qualifiées dans le domaine du DPC).

[128] Cependant, le HCDPC n'a pas été réuni de 2019 et 2023 du fait de problèmes liés à la nomination de ses membres puis de son président. L'ensemble de ses membres étant à nouveau nommés depuis le printemps 2024, ses travaux devraient pouvoir reprendre.

[129] Cependant, l'ANDPC envisage de mener avec l'IRDES une étude contrefactuelle (avec un groupe de professionnels ayant suivi des actions de DPC d'une part et un groupe n'en ayant pas suivi) en débutant par l'étude des actions menées dans le cadre de l'orientation prioritaire « juste prescription des antibiotiques et prévention des infections ». Cette orientation peut en effet être

observée à partir d'un indicateur ROSP (rémunération par l'assurance maladie de l'engagement des professionnels libéraux engagés dans une action de santé publique cependant aujourd'hui disparue) et d'un indicateur relatif aux prescriptions présent dans le SNDS. Cette étude n'en est cependant qu'aux prémises.

ANNEXE 2 : La certification périodique (CP)

Introduction

[1] Introduite comme une obligation sanctionnée pour les professions à ordre par l'ordonnance du 19 juillet 2021, la certification périodique (CP) a été lancée à l'issue de la Grande Conférence de Santé mise en place par le Premier Ministre en mai 2015 il y a presque dix ans.

[2] La construction du modèle de certification périodique est le fruit des propositions et des évolutions réalisées depuis la loi du 24 juillet 2019. Portée par l'ordonnance du 19 juillet 2021 évoquée supra, sa mise en œuvre concrète relève de deux décrets et quatre arrêtés. Le dernier décret en date – le décret n° 2024-258 du 22 mars 2024 – a constitué une avancée importante, mais n'a néanmoins pas clôturé la production normative nécessaire à l'élaboration complète du modèle.

[3] La certification périodique modifie de façon majeure le paysage des dispositifs français mis en place pour garantir le maintien des compétences des professionnels de santé en France en mettant en place une obligation dont le non-respect aboutit à une sanction.

[4] Dans ce contexte, la lettre de mission demande une « réflexion plus systémique du DPC et son articulation avec la future certification périodique et la formation continue », et sollicite une expertise de scénarii ayant pour objet soit de transformer le fonctionnement de l'ANDPC, soit de modifier ses finalités « dans la perspective d'une réforme d'ensemble du DPC et de la certification périodique ».

[5] Il est par conséquent indispensable de comprendre, de décrire et de souligner les limites du dispositif de CP en cours de mise en œuvre.

[6] Afin d'éclairer les arguments présentés dans le rapport, la présente annexe explore dans un premier temps les dispositifs imaginés à l'origine pour la CP, qui en ont largement inspiré les fondations (I). Elle présente ensuite le dispositif tel qu'il est porté par les textes en vigueur et tel qu'il a vocation à être précisé par les textes en attente (II), pour en dégager l'intérêt et les limites dans la perspective d'une cohérence d'ensemble (III).

1 Les travaux de préfiguration ont prévu une certification périodique venant en complément des dispositifs existants

[7] Le dispositif de la CP repose sur trois textes fondateurs. Le premier est le rapport produit en 2018 par le Professeur Uzan, chargé par la Ministre de faire des propositions centrées sur les médecins dans la suite de la conférence nationale de santé. Le second est la loi du 24 juillet 2019⁴³

⁴³ Loi 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé.

sur l'organisation et la transformation du système de santé, qui introduit la CP comme un objet structurant de l'amélioration de la qualité de la prise en charge des patients et du système de soins. Le troisième est le rapport produit par l'IGAS en 2020⁴⁴ dédié à « la préparation des ordonnances sur la « recertification » des professionnels de santé à ordre ».

[8] Les travaux et texte de préfiguration ont été produits entre 2018 et 2020. Pour comprendre les fondements de la loi du 19 juillet 2021 et des décrets d'application qui ont suivi, il est nécessaire de les présenter dans un ordre chronologique, faisant apparaître les différentes options imaginées à la fois sur le plan des principes et dans l'organisation concrète de la CP.

1.1 Le rapport Uzan : un dispositif incitatif souple visant à garantir le maintien des connaissances et des compétences des médecins

1.1.1 L'état d'esprit du dispositif :

[9] Les propositions du rapport porté par le Professeur Serge Uzan, missionné par la Ministre de la santé, ne portent que sur les médecins mais couvrent l'ensemble des disciplines et spécialités médicales.

[10] La procédure, désignée sous le terme de « recertification », est conçue comme une démarche incitative, fruit d'une trajectoire devant apporter la preuve par faisceau d'indices de l'implication des médecins dans une dynamique personnelle. Il ne repose pas sur le contrôle, mais sur « la promotion, la valorisation, l'évolution ou l'acquisition de compétences nouvelles »⁴⁵. L'objectif est d'identifier les praticiens qui ne participent pas à des actions d'amélioration des compétences, et de les accompagner. Le rapport souligne le fait que la non-certification doit être exceptionnelle.

[11] La dynamique des médecins est perçue à travers six thématiques :

- les parcours de formation / DPC / accréditation
- des preuves de maintien d'une activité professionnelle
- l'engagement dans une démarche d'amélioration de la relation médecin-patient
- l'engagement dans une démarche d'amélioration de la qualité de vie et de santé du médecin
- l'absence de signaux négatifs
- l'exercice professionnel

[12] Si les actions de DPC sont présentées comme devant alimenter l'obligation de CP, les activités permettant d'atteindre la certification sont donc beaucoup plus larges que celles du DPC. Elles consistent en la reconnaissance d'actions courantes qui n'impliquent pas nécessairement l'intervention d'organismes dédiés et financés. A titre d'exemple :

⁴⁴ Rapport IGAS n°2020-028R, JP Vinquant

⁴⁵ Rapport Uzan Question 3 Les principes retenus.

- les actions de gestion des risques, d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ; évaluation des pratiques professionnelles ; amélioration des pratiques ;
- les missions d'enseignement et de recherche ; encadrement des étudiants ; formation de ses propres collègues
- l'exercice de responsabilités professionnelles et territoriales, actions populationnelles territoriales
- la formation aux nouvelles technologies, à l'IA, au numérique en santé ; le recours à la simulation
- la participation aux staffs, aux RCP
- le management d'équipes pluri-professionnelles, la capacité à animer des groupes de travail
- l'implication dans la vie collective, associative, disciplinaire
- l'action humanitaire

1.1.1 Le pilotage repose sur quatre piliers

[13] **Les Conseils Nationaux Professionnels** sont au cœur de la procédure. Ils définissent les thématiques prioritaires et optionnelles des formations, et labellisent les activités permettant de valoriser le parcours du médecin. Ils peuvent être sollicités par le médecin pour l'aider à corriger sa trajectoire de certification si c'est nécessaire.

[14] **Un Conseil National de la Certification et de Valorisation** est proposé, porteur d'un rôle de « tiers de confiance ». Il a pour mission de « gérer certaines étapes de la procédure », et de l'évaluer. Il est composé de 17 membres représentant sept groupes d'intérêt : les instances professionnelles (CNP, CMG, FSM), le Conseil de l'Ordre des médecins, l'Université, les patients, les syndicats, ainsi que la HAS et l'ANDPC. Il valide les listes d'actions valorisantes établies par les CNP, la HAS et le CNOM. Il effectue des contrôles par dossiers tirés au sort pour la validation du maintien d'activité.

[15] **Le Conseil National de l'Ordre des Médecins** est garant de la qualification et de la compétence des médecins. Il délivre l'attestation de certification, et héberge la synthèse numérique des actions réalisées à fins de certification.

[16] **Un espace numérique personnel** permet à l'Ordre de suivre la trajectoire de chaque médecin, de produire des alertes, d'engager des accompagnements.

[17] Le financement de la démarche n'est abordé que sur le plan du principe, en envisageant deux types de financements. Le premier concerne les actions obligatoires qui, relevant de choix de santé publique, doivent être financées par l'Etat et l'Assurance Maladie ; le second porte sur les actions relevant du praticien et de son exercice, qui doivent être assurées soit par un organisme d'Etat pour la part obligatoire, soit par le praticien pour la part optionnelle.

1.2 La loi du 24 juillet 2019 : une démarche de certification qui ouvre et approfondit les objectifs initiaux du DPC, et concerne sept professions de santé

[18] Dans son article 5, la loi relative à l'organisation et à la transformation du système de santé autorise le Gouvernement à prendre par voie d'ordonnance les mesures visant à « créer une procédure de certification ».

[19] Si elle renvoie la constitution du dispositif à un texte ultérieur, elle en trace néanmoins les principes fondamentaux.

[20] Le premier est celui du **champ de la certification**. Il ne concerne plus les seuls médecins, mais les sept professions suivantes : médecins, pharmaciens, chirurgiens-dentistes, sage-femmes, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes et pédicure-podologues. Il faut noter que si les professions concernées sont de fait les sept professions à Ordre, aucune référence aux ordres n'est faite dans la loi. Les travaux conduits par la mission IGAS chargée de l'évaluation du COP 2018-2021 de l'ANDPC montrent que les professions concernées représentent 1 125 100 professionnels, soit 57 % de l'ensemble des professionnels de santé en France selon les sources retenues⁴⁶.

Tableau 1 : Nombre de professionnels de santé soumis à l'obligation de CP

Infirmiers libéraux et salariés, toutes spécialités	640 314
Médecins libéraux et salariés	228 858
Masseurs-kinésithérapeutes	91 485
Pharmaciens libéraux et salariés	73 574
Chirurgiens-dentistes	44 145
Sage-femmes	23 764
Pédicure-podologues	13 960
Total des professions à ordre	1 125 100
Nombre total de professionnels de santé	1 965 204

Source : Mission IGAS Evaluation du COP de l'ANDPC 2018-2021

⁴⁶ Les chiffres ont été produits par la mission IGAS chargée de l'évaluation du COP de l'ANDPC à partir des chiffres de la DREES et de diverses parutions ou bases. Ils prennent en considération l'ensemble des professionnels inscrits à l'Ordre, et pas seulement les professionnels de moins de 62 ans.

[21] Le second porte sur **l'objectif du dispositif**, qui est de « garantir le maintien des compétences, la qualité des pratiques professionnelles, ainsi que l'actualisation et la mise à niveau des connaissances ». En ceci, la procédure de certification s'inscrit en parfaite cohérence avec celle du DPC, qui poursuit les mêmes objectifs : « le DPC a pour objectifs le maintien et l'actualisation des connaissances et des compétences ainsi que l'amélioration des pratiques »⁴⁷. En revanche, si les termes utilisés sont les mêmes, l'ordre des objectifs diffère. Pour la certification, il est prioritairement de « garantir le maintien des compétences », alors que le premier objectif du DPC est le « maintien et l'actualisation des connaissances et des compétences ».

[22] Le troisième consacre **l'indépendance de tout lien d'intérêt**, ce qui suppose la mise en place de règles claires et d'un système de contrôle dédié, visant à apporter toutes les garanties suffisantes.

[23] Le quatrième principe consiste à **inscrire la démarche de certification dans le temps long**, tout au long de la vie professionnelle des personnes concernées. La certification a vocation à être renouvelée « à échéances régulières au cours de la vie professionnelle ».

[24] La loi ne va pas plus loin, renvoyant à la seule obligation de produire les ordonnances dans un délai de deux ans, soit au plus tard en juillet 2021.

1.3 Le rapport IGAS de 2020 pose les bases de l'ordonnance du 19 juillet 2021 autour d'un dispositif équilibrant le rôle des CNP, le rôle de l'Etat et celui de la HAS

[25] Dans le but de préparer la loi d'installation de la CP, le ministre de la santé a sollicité une mission d'appui de l'IGAS en 2020 afin d'accompagner la DGOS dans la conception et la conduite de la réforme. Elle a permis d'apporter de nombreux points de clarification, qui ont pour partie été repris dans la loi de 2021.

1.3.1 L'esprit du dispositif :

[26] La mission préconise de rendre la démarche obligatoire, sur un temps différent selon les situations : sur une première période de 9 ans pour les professionnels en activité au moment de la mise en place de la certification et une période de 6 ans pour les nouveaux diplômés ou inscrits aux Ordres.

[27] Les référentiels permettant de valider la certification des professionnels doivent être à la fois larges pour garantir un socle commun, et spécifiques aux différentes professions et types d'exercice et de métiers. La mission IGAS reprend les différents blocs de compétence proposés par la mission Uzan, en apportant des précisions quant aux référentiels à respecter pour accéder à une validation dans le cadre de la certification. Elle retient quatre « blocs créditeurs » :

- **un bloc des compétences et connaissances :**
 - l'ensemble des actions réalisées au titre de l'obligation de DPC

⁴⁷ Article L 4021-1 du Code de la santé publique

- des actions de formation hors DPC comme les formations obligatoires pour certaines activités (ex : formation à la radioprotection pour les professionnels exposés aux rayonnements ionisants), les formations réglementaires ou liées à des recommandations de bonnes pratiques
- les congrès, colloques et journées d'études
- les activités d'enseignement, de recherche ou de participation à des commissions scientifiques
- **un bloc dédié aux pratiques professionnelles :**
 - l'accréditation des activités à risque
 - la participation à des registres de maladies ou de pratiques
 - les démarches de certification ou d'accréditation de structures de soins
 - les démarches qualité sectorielles (par ex démarche qualité officine, démarche qualité en pédicurie-podologie).
- **Un bloc consacré à l'amélioration des relations avec le patient**
 - les actions de formation ou d'évaluation des pratiques à la relation patient
 - la participation à des programmes associant des patients
 - l'« auto-évaluation du professionnel
- **un bloc « santé du professionnel »,**
 - la mission propose « trois types d'éléments alternatifs que le professionnel pourrait déclarer » :
 - l'attestation de suivi par un médecin du travail ou de prévention
 - l'attestation d'être suivi par un médecin traitant
 - la souscription à une auto-évaluation sur son état de santé et son suivi.
- Le rapport IGAS reprend les deux autres blocs proposés dans le rapport Uzan, qui ne sont pas des blocs « créditeurs », mais dont la prise en compte consiste en une majoration ou une minoration des points de crédits à atteindre :
 - pour le bloc « activité du professionnel », la mission préconise une alimentation par la base SNIIRAM pour les professionnels libéraux conventionnés, une attestation de l'employeur pour les salariés, et une déclaration sur l'honneur dans les autres cas, ainsi qu'une majoration des actions à réaliser en cas d'activité interrompue plus de deux ans ou d'activité inférieure à deux demi-journées par semaine.
 - pour le bloc « signaux négatifs », la mission rappelle que la certification ne peut se substituer aux institutions ordinaires, mais propose une majoration d'actions à réaliser pour obtenir une certification dans le cas de certaines sanctions disciplinaires prononcées dans les trois dernières années, et en cas de sinistralité avérée et de mauvaises pratiques démontrées.

[28] La mission IGAS fait reposer la démarche sur un principe majeur : **une pondération des actions et des blocs, réalisée à partir de crédits d'actions**. Ainsi, l'objectif ne serait pas de réaliser un nombre d'actions prédéfini, mais d'atteindre un certain nombre de crédits par bloc.

1.3.2 le pilotage du dispositif proposé

[29] Le dispositif distingue six fonctions, confiées à des organes différents clairement identifiés, en partant de la nécessité d'un pilotage scientifique indépendant.

- **Le pilotage stratégique de la certification** relève de l'Etat.
- **Le pilotage scientifique** de la démarche est assuré par la HAS.
- **L'élaboration des référentiels** est confiée aux CNP ou collèges nationaux professionnels, à partir d'une méthodologie établie par la HAS, assortie d'une validation effectuée par une commission scientifique
- **La gestion des comptes individuels est assurée par l'ANDPC** à partir d'un système d'information adapté. Elle est également chargée de la conservation des données
- **Le suivi et le contrôle de la certification** sont effectués par les Ordres professionnels
- **L'accompagnement des professionnels** est assuré par les CNP ou collèges nationaux, l'ANDPC, les employeurs, l'OPCO.

[30] Les organes de l'organisation proposée sont un peu différents du rapport Uzan :

[31] **Les CNP et collèges** restent chargés de l'élaboration des référentiels. Toutefois, ce travail est effectué à partir d'une méthodologie définie par la HAS, et d'une validation effectuée par une commission scientifique indépendante. Les CNP sont également chargés de l'accompagnement des professionnels.

[32] **Les ordres professionnels** sont chargés du suivi et du contrôle de la certification. Ils délivrent l'attestation aux professionnels. Ils sont chargés de faire un point à mi-parcours pour pouvoir alerter les professionnels. En revanche, ils n'interviennent pas dans l'accompagnement des professionnels, qui relève des CNP, des financeurs et des employeurs.

[33] **L'espace numérique** préconisé par le rapport Uzan, permettant aux Ordres de faire un suivi et de prendre des décisions individuels, est piloté par l'ANDPC à qui la mission de gestion des comptes de certification serait déléguée.

[34] Au-delà de ces trois piliers globalement communs, trois inflexions majeures sont introduites par rapport aux propositions du rapport Uzan :

- **Le rapport IGAS sépare le pilotage stratégique de la CP et son pilotage opérationnel.**
 - Le pilotage stratégique est confié au ministre chargé de la santé. Deux instances distinctes sont proposées : d'une part, **un conseil national de la certification périodique**, placé auprès ministre chargé de la santé, chargé de fixer les orientations et d'émettre des avis ; d'autre part, **une commission scientifique indépendante**, pilotée par la HAS soit sous la forme d'une nouvelle commission réglementée, soit sous celle d'une commission scientifique indépendante adossée à la HAS.

- La gestion opérationnelle est portée par plusieurs acteurs différents en fonction des étapes : les CNP et collèges pour l'élaboration des référentiels, l'ANDPC pour la gestion des comptes individuels de CP, les Ordres pour le suivi et le contrôle, les CNP, employeurs ou financeurs pour le suivi des professionnels.
- **La HAS a un rôle prépondérant** dans le pilotage scientifique de la démarche, alors qu'elle n'est présente que dans le rapport Uzan que comme « aide méthodologique » dans la définition des référentiels et à l'appui des contrôles aléatoires effectués par le CNCV. Elle est garante de l'indépendance du pilotage scientifique de la CP, et établit à ce titre la méthodologie d'élaboration des référentiels.
- **La mission Igas modère l'impact des CNP et collèges.** S'ils restent au cœur de la définition des référentiels, ils agissent dans un cadre méthodologique défini par la HAS, et leurs propositions font l'objet d'une validation par une commission scientifique.
- **L'ANDPC**, qui n'est présente dans le système décrit dans le rapport Uzan que dans la gouvernance du CNCV à travers une place dans l'instance de décision, se voit confier la mission importante de pilotage du système d'information permettant l'alimentation des comptes de certification périodique pour les actions de DPC financées par l'ANDPC, et surtout la gestion des comptes individuels de certification.
- **Le financement** est abordé plus précisément que dans le rapport Uzan, mais de façon encore incomplète. Le rapport estime les coûts directs de la démarche qui portent sur l'investissement dans le système d'information et la masse salariale à prévoir pour la gestion du dispositif. Pour les coûts indirects, qui représentent le coût complet de la certification, la mission Igas renvoie à la nécessité d'une évaluation tenant compte des actions supplémentaires de formation à réaliser, mais aussi des actions déjà prises en charge en dehors du DPC mais comptant possiblement pour la certification.

[35] Le rapport Uzan, la loi du 24 juillet 2019 ainsi que le rapport IGAS de 2020 ont posé les briques de construction du dispositif de CP mis en place par l'ordonnance du 19 juillet 2021.

2 Réserve aux professions à ordre et largement appuyée sur les CNP, la certification périodique en cours de mise en place constitue la seule obligation sanctionnée

[36] Le système en cours de mise en place est issu de la l'ordonnance du 19 juillet 2021 relative à la certification périodique de certains professionnels de santé, de deux décrets⁴⁸ et de quatre arrêtés⁴⁹.

⁴⁸ Les décrets :

- Décret n° 2022-798 du 11 mai 2022 relatif à la composition et au fonctionnement du CNCP
- Décret n° 2024-258 du 22 mars 2024 relatif à la certification périodique de certains professionnels de santé

⁴⁹ Les arrêtés :

- Arrêté n°2022-1205 du 30 août 2022 relatif à la désignation de l'autorité administrative assurant la gestion des comptes individuels de la certification périodique des professions de santé
- Arrêté du 12 septembre 2022 fixant la composition du CNCP

2.1 Trois autres décrets sont encore prévus, en application de la loi du 19 juillet 2021. Les principes constitutifs de la CP : une obligation sanctionnée pour les professionnels de santé à ordre, se nourrissant des autres dispositifs

2.1.1 les principes fondateurs du dispositif

[37] Les trois objectifs fixés par la loi du 24 juillet 2019 sont rappelés dans la définition de la CP, qui a pour but la garantie de maintien des compétences, de qualité des pratiques professionnelles, d'actualisation et de niveau des connaissances⁵⁰. Les objectifs sont communs avec ceux du DPC, mais ils sont davantage orientés vers un résultat plus précis. Dans le cas du DPC, la loi oblige à justifier de l'engagement dans une démarche de DPC. Dans le cas de la CP, la loi oblige les professionnels concernés à avoir réalisé un programme visant à atteindre les objectifs d'amélioration des compétences professionnelles.

[38] En revanche l'ordonnance du 21 juillet 2021 ne retient que **quatre axes ou blocs** sur les six proposés par le rapport Uzan et la mission IGAS de 2020, en excluant « l'activité du professionnel » et les « signaux négatifs ». Il appartient donc aux professionnels de réaliser un programme minimal d'actions établi autour des quatre axes suivants :

Axe 1 : actualiser leurs connaissances et leurs compétences

Axe 2 : renforcer la qualité de leurs pratiques professionnelles

[39] Ils consistent en des actions de formations cognitives pour le premier axe, et d'évaluation, d'amélioration des pratiques professionnelles et de gestion des risques pour le second.

[40] En revanche, deux autres axes sont ajoutés qui font l'originalité de la CP. Ils visent à apporter les garanties que chaque professionnel soit en capacité d'interagir de façon satisfaisante avec ses patients, mais aussi reste lui-même en capacité personnelle d'exercer sa profession :

Axe 3 : améliorer la relation avec leurs patients

Axe 4 : prendre en compte leur santé personnelle

[41] **Les sept professions** prévues par la loi du 24 juillet 2019 sont rappelées : médecins, chirurgiens-dentistes, sage-femmes, pharmaciens, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, pédicures-podologues⁵¹ Le décret du 22 mars 2024 précise que sont soumis à l'obligation de CP les professionnels **en position d'activité⁵² exerçant des activités de soins directement auprès de patients⁵³** ou exerçant une fonction de responsabilité dans le domaine de la préparation de

-
- Arrêté du 20 décembre 2022 définissant la méthode d'élaboration des référentiels de certification périodique
 - Arrêté du 09 février 2023 modifiant l'arrêté du 20 décembre 2022 définissant l'élaboration des référentiels de CP.

⁵⁰ Art L4022-1 du CSP

⁵¹ Art L4022-3 du CSP

⁵² Art R022-6 du CSP

⁵³ Art R4022-12 du CSP

produits pharmaceutiques⁵⁴. De surcroît, les professionnels n'exerçant pas directement auprès des patients sont exonérés des actions relevant de l'axe 3 de la CP (« Améliorer la relation avec les patients »). Enfin, les professionnels de santé soumis à des formations obligatoires spécifiques conditionnant l'exercice de leur pratique professionnelle (comme les professions à risque) sont exonérés des obligations requises au titre de l'axe 2 de la CP (« renforcer la qualité de leurs pratiques professionnelles »).

[42] L'obligation de CP consiste à réaliser **sur une période de six ans au moins deux actions prévues dans chacun des quatre blocs** visés plus haut, soit au minimum huit actions en six ans⁵⁵. Conformément à la proposition du rapport Igas de 2020, la période est de **neuf ans** pour la première période de certification des professionnels déjà en exercice au 01/01/2023⁵⁶. Pour les professionnels prenant leur fonction à partir du 01/01/2023, la période de six ans débute à compter de la date de leur inscription à l'Ordre⁵⁷.

[43] Les deux périodes permettent d'inscrire la CP dans une certaine cohérence avec l'obligation triennale de DPC. Mais il ne s'agit que d'une cohérence relative, puisque le début de l'obligation de CP pour chaque professionnel de santé est mobile en fonction de sa situation (elle court à partir de son inscription à l'ordre) alors que dans le cas du DPC, elle est fixe dans l'acceptation qui en est donnée par l'ANDPC, établie en fonction des dates des différentes périodes triennales.

[44] En revanche, le texte fonde l'obligation sur la réalisation d'un nombre minimal d'actions à réaliser, et non d'un nombre de crédits à atteindre.

2.1.2 la CP prend appui sur les dispositifs d'amélioration des compétences existants

[45] Le principe qui préside à date consiste à maintenir l'ensemble des obligations ou dispositifs existants, en les prenant en compte dans le cadre de la CP. Il s'agit du DPC, de la formation continue hors DPC, et de l'accréditation des professions à risque. L'ordonnance du 19 juillet 2021 indique que les actions réalisées dans le cadre de ces trois modalités d'amélioration et de garantie de compétence « sont prises en compte au titre du respect de l'obligation de certification périodique »⁵⁸.

[46] L'accréditation des professions à risques à établissement de santé concerne 16 spécialités (spécialités chirurgicales, interventionnelles, anesthésie-réanimation, médecine intensive et réanimation, échographie fœtale) et repose sur des piliers communs à ceux de la certification périodique : reconnaissance de l'engagement la qualité et la sécurité des soins, garantie de maintien des compétences voire acquisition de nouvelles compétences, amélioration du travail en équipe et de la qualité de vie au travail⁵⁹. Il s'agit d'une démarche volontaire, individuelle ou en équipe et validée par la HAS. Le décret du 22 mars 2024 prévoit que les professionnels accrédités

⁵⁴ Art R4022-6-2° du CSP

⁵⁵ Art L4022-2 I / R4022-7 du CSP

⁵⁶ Art 3 de l'ordonnance du 21 juillet 2021

⁵⁷ Art R 4022-14 du CSP

⁵⁸ Art L4022-2-II du CSP

⁵⁹ Site de la HAS "Accréditation des médecins et des équipes médicales »

selon cette procédure sont exonérés du deuxième axe dans leur parcours de certification périodique⁶⁰.

[47] Les liens prévus par les textes entre les dispositifs de maintien et d'augmentation des compétences visent à simplifier leur cohérence, en ne contraignant pas les professionnels à multiplier leurs obligations d'actions et de formation. Ainsi, réaliser une action de formation dans le cadre du DPC permet de valider une action de certification périodique. Elle ouvre toutefois le risque qu'un professionnel de santé voie son obligation validée dans un dispositif et pas dans un autre. En effet, s'il ne réalise qu'une action de DPC au lieu de deux en trois ans, et si cette action lui permet de valider son obligation de CP, il pourrait être certifié au titre de la certification périodique sans toutefois avoir satisfait à son obligation de DPC. A cette fin, plusieurs interlocuteurs de la mission ont exprimé le souhait d'une validation « bijective » : l'obtention de la certification vaudrait aussi validation du DPC.

2.2 Le dispositif de la CP consacre le rôle majeur des CNP

[48] Comme cela été montré dans l'annexe dédiée, les représentants des professions et spécialités considèrent que les modalités pratique de pilotage du DPC, en particulier par le système des Orientations Prioritaires, n'ont pas permis de porter leurs demandes. Cela a contribué aux limites et aux critiques du système mis en place. A l'inverse, les dispositions légales et réglementaires de la CP s'inscrivent dans une forme de « retour de balancier », en laissant une part prépondérante aux professionnels via leurs CNP dans la définition des référentiels et des actions, et dans le pilotage du dispositif.

2.2.1 Le CNCP : un organe pivot de la CP, sans moyens en propre, rattaché au ministère de la santé

[49] **Le pilotage du dispositif de CP repose sur un opérateur principal, le Conseil National de la Certification Périodique (CNCP)**, placé « auprès du ministre en charge de la santé »⁶¹. S'il est proche du CNCV proposé par le rapport Uzan, en revanche le choix a été fait de ne pas suivre les recommandations du rapport de l'IGAS visant à séparer les missions stratégiques des missions opérationnelles, et au sein des missions stratégiques, à séparer les missions de pilotage et développement stratégiques des missions scientifiques. A ce titre, le CNCP cumule des rôles de nature différente. Il lui est attribué la fois :

- une mission stratégique : il est chargé de « définir la stratégie, le déploiement et la promotion de la CP ».
- une mission scientifique : « il fixe les orientations scientifiques de la CP et émet des avis rendus publics ».
- deux missions opérationnelles de contrôle : « il veille à ce que les acteurs intervenant dans la procédure de CP soient indépendants de tout lien d'intérêt », et « il veille à ce que les actions prises en compte au titre de la CP répondent aux critères d'objectivité des

⁶⁰ Art R4022-13 du CSP

⁶¹ Art L4022-5 du CSP

connaissances professionnelles, scientifiques et universitaires et aux règles déontologiques des professions concernées ».

[50] Le CNCP ne dispose ni d'une personnalité juridique ni de moyens en propre. Son secrétariat est assuré par la personne chargée de mission à la CP, au sein de la sous-direction des ressources humaines de la DGOS.

[51] Sa gouvernance donne une place majeure aux représentants des professions de santé et repose sur deux instances :

- **L'instance collégiale** est l'instance pivot du CNCP et porte les missions qui lui sont confiées. Elle est composée de 27 personnes représentant les commissions professionnelles (7), les Ordres professionnels (7), des représentants des patients et usagers (2), des représentants des instituts universitaires et non universitaires de formation (2), des représentants des organisations syndicales (2), des représentants des fédérations d'hospitalisation publique et privée (2), des représentants des professions de santé libérales et non libérales (2), des personnalités qualifiées (2), et un président, personnalité qualifiée nommée par arrêté (1). La mission souligne qu'à l'inverse de la proposition portée par le rapport Uzan, le Conseil ne comprend ni représentant de la HAS, ni représentant de l'ANDPC.

L'instance collégiale rend les décisions et les avis du CNCP.

- **Sept commissions professionnelles**, composées d'un ou de plusieurs CNP ou de structures fédératives, et présidées par le président du CNP désigné par la commission. Chaque commission est composée de vingt-cinq membres au plus.

Les commissions professionnelles ont un rôle important dans la définition des référentiels de CP à travers trois missions⁶²:

- elles assurent la déclinaison des orientations scientifiques fixées par l'instance collégiale
- elles sont saisies par le président du CNCP pour instruire les décisions et avis pour les professions et spécialités qui les concernent
- elles peuvent soumettre à l'avis de l'instance collégiale toute proposition faite par l'un de leurs représentants dans le cadre de l'élaboration des référentiels.

2.2.2 Les CNP ont un rôle prépondérant

[52] Le CNP sont représentés au sein de la gouvernance du CNCP de deux façons : d'une part à travers les sept commissions professionnelles, composées des représentants des CNP ; d'autre part, au sein de l'instance collégiale à travers la présence des sept représentants des commissions professionnelles.

[53] Les représentants des CNP des sept professions à ordre ont participé au groupe de travail réuni par la HAS pour définir le guide méthodologique d'élaboration des référentiels.

⁶² Art D4022-2 du CSP

[54] Les CNP ont un rôle déterminant dans la définition des référentiels. Si les textes ne précisent pas clairement qui est responsable de leur écriture (l'ordonnance indique seulement que « Des référentiels de certification périodique définissent par profession ou spécialité les actions [à mettre en œuvre]⁶³ ») en revanche l'ordonnance indique que l'arrêté du Ministre de la santé fixant le référentiel de certification de la profession ou spécialité requiert l'avis du CNP compétent⁶⁴. Dans la pratique, ce sont bien les CNP qui proposent et rédigent les référentiels, notamment du fait d'une confusion toujours présente sur le rôle des CNP au regard des commissions professionnelles, auxquelles ils participent (Cf infra).

[55] De plus, il appartient aux CNP de veiller à l'actualisation régulière des référentiels de CP⁶⁵.

[56] Enfin, le projet de décret relatif aux modalités de suivi, d'accompagnement et de contrôle de la procédure de CP prévoit de conférer aux CNP un rôle de conseil dans le cas où le professionnel rencontrerait des difficultés au cours de la période de certification. Cette mission est conforme aux propositions du rapport Uzan et du rapport Igas de 2020.

2.2.3 La HAS a un rôle scientifique indépendant

[57] Le positionnement de la HAS qui a été retenu est réduit. Si la mission IGAS de 2020 proposait qu'elle soit pleinement impliquée en tant que pilote du volet scientifique de la CP à travers une commission dédiée, l'ordonnance de 2021 ne l'implique que de façon lointaine, à deux niveaux seulement.

[58] En premier lieu, elle propose au ministre en charge de la santé la méthode d'élaboration des référentiels de CP, mais après avis de CNCP.⁶⁶

[59] En second lieu, la HAS peut être sollicitée par le ministre en charge de la santé pour avis lors de l'élaboration des référentiels. Les conditions de saisine relèvent d'un décret qui n'est pas encore paru, et fait l'objet d'un commentaire plus loin.

[60] Au final, le positionnement de la HAS semble avoir été établi à minima, sur la base d'un compromis avec les conseil et collèges professionnels. Ceci est clairement exprimé dans le Rapport au Président de la République relatif à l'ordonnance du 19 juillet 2021, qui indique que « les orientations retenues à l'issue de cette concertation ont pris en compte les craintes que les acteurs ont manifesté quant au rôle de la HAS dans le pilotage scientifique du dispositif, lequel a finalement été confié à l'Etat et au CNCP qu'il préside ».

⁶³ Art L 4022-7 du CSP

⁶⁴ Art L 4022-8 II du CSP

⁶⁵ Art R4022-9 du CSP

⁶⁶ Art L4022-8-I du CSP

2.2.4 Les ordres professionnels contrôlent le respect de l'obligation et mettent en œuvre des sanctions

[61] Les ordres compétents sont chargés de contrôler le respect de l'obligation de certification⁶⁷. Ils doivent donc disposer des informations individuelles nécessaires pour sanctionner positivement ou négativement chaque professionnel soumis à l'obligation de CP.

[62] En accord avec les propositions de la mission IGAS de 2020, le décret du 22 mars 2024 précise que la reprise d'activité peut être conditionnée par l'ordre compétent « à la réalisation d'actions dont certaines sont définies dans le ou les référentiels de CP applicables au professionnel concerné⁶⁸ ».

[63] Le projet de décret non encore paru prévoit que les ordres établissent un bilan à mi-parcours pour chaque professionnel de santé concerné, afin de veiller au bon déroulement de la certification. Cela s'inscrit dans l'idée d'origine de la démarche de CP, qui n'est pas de sanctionner mais d'accompagner les professionnels pour s'assurer qu'ils mettent en œuvre des actions permettant de garantir le maintien de leurs compétences.

[64] L'ordonnance indique que le non-respect de l'obligation de CP est constitutif d'une faute, pouvant entraîner une procédure disciplinaire et une suspension temporaire d'exercice pour insuffisance professionnelle⁶⁹. Le projet de décret est toutefois plus contraignant, en prévoyant que le non-respect de l'obligation entraîne automatiquement l'ouverture d'une procédure disciplinaire.

2.2.5 : l'Agence Nationale du Numérique est chargée du système d'information de la CP

[65] La mise en œuvre d'une obligation individuelle pour plus d'un million de professionnels impose de s'appuyer sur un système d'information solide. Celui-ci doit permettre à chaque professionnel de choisir chacune des actions permettant sa certification, soit individuellement soit en lien avec son employeur⁷⁰. Il doit permettre aux professionnels de savoir en permanence où ils en sont de leur obligation, mais aussi à leurs ordres de faire un bilan à mi-parcours, et de faire un bilan des actions réalisées en fin de période de certification.

[66] L'ordonnance prévoit de retracer les actions dans un compte individuel⁷¹, dont la gestion sera assurée par l'Agence du Numérique en Santé⁷². Toutefois, le texte en vigueur ne donne aucune indication supplémentaire quant aux objectifs du compte individuel, à ses modalités de fonctionnement, ni à ses interactions avec les dispositifs existants.

⁶⁷ Art L4022-9-I du CSP

⁶⁸ Art R4022-9 du CSP

⁶⁹ Art L4022-9-I du CSP

⁷⁰ Art L4022-2-III du CSP

⁷¹ Art L4022-10

⁷² Décret 2022-1205 du 30 août 2022 relatif à la désignation de l'autorité administrative assurant la gestion des comptes individuels de la CP des professions de santé.

[67] Le projet de décret non encore publié précise que le téléservice portant le compte individuel, dénommé « Ma Certif Pro Santé », aura pour but de permettre aux professionnels de santé d'accéder aux référentiels, aux informations relatives aux actions qu'ils ont réalisées, aux justificatifs produits par les professionnels de santé. Ces informations devront être mises à disposition des ordres, du CNP dont dépend le professionnel de santé, le cas échéant des employeurs.

3 Bien qu'obligatoire depuis le 1er janvier 2023, le dispositif de certification périodique est encore incomplet et nécessite des évolutions

[68] Conformément à l'ordonnance du 19 juillet 2021, la certification périodique des professionnels de santé concernés a été mise en œuvre à partir du 1^{er} janvier 2023. Toutefois, de nombreuses interrogations subsistent sur plusieurs points majeurs, nécessitant des amodiations et compléments.

3.1 Le maintien en parallèle des obligations de DPC et de CP pose problème

[69] La quasi-intégralité des acteurs rencontrés par la mission soulignent la difficulté que représente le maintien en même temps des obligations de DPC et de CP.

[70] Les ordres argumentent en faveur de la fusion des dispositifs de DPC et de CP, ou a minima de l'évolution du socle du DPC vers le socle de la CP. Les craintes exprimées sont un manque de lisibilité pour les professionnels, un risque financier pour l'ensemble du système de maintien des compétences (avec l'obligation de maintenir un financement spécifique pour chaque dispositif), la difficulté de maintenir des systèmes de contrôle différenciés, et la confusion dans la gestion des obligations, alors que les deux systèmes poursuivent les mêmes objectifs mais sont établis sur des temporalités différentes.

[71] La position majoritairement exprimée auprès de la mission par les CNP est synthétisée par la Fédération des Spécialités Médicales, qui regrette que « l'enchevêtrement des dispositifs [nuise] à la lisibilité et à la simplicité du dispositif de CP »⁷³.

[72] Dans son rapport remis à l'Assemblée Nationale en septembre 2024 relatif à la formation continue des médecins, la Cour des Comptes préconise de « simplifier les obligations des médecins en ne maintenant que la certification périodique », pour trois raisons majeures⁷⁴ : les objectifs des deux dispositifs sont les mêmes ; l'obligation de CP est plus récente ; « le maintien des deux obligations simultanées et voisines peut, à l'évidence, outre une grande complexité, apporter un risque de confusion de décisions potentiellement contradictoires ».

⁷³ Préambule des Référentiels de certification périodique établis par les CNP de médecine de spécialités de la FSM, août 2024.

⁷⁴ Cour des Comptes, La formation continue des médecins, 2.1.2 « Une nouvelle obligation de certification périodique plus complète ».

[73] La mission adhère aux objections émises sur le maintien en parallèle des deux dispositifs, en ajoutant qu'elle suppose la mise en place de deux systèmes d'information séparés : le maintien du système dédié au DPC, déjà installé mais au final peu utilisé comme cela a été montré dans l'annexe dédiée ; un nouveau système propre à la CP, qui même s'il se nourrit des informations produites au titre du DPC et des autres dispositifs (notamment formation continue hors DPC, accréditation de certains professionnels), a besoin d'informations spécifiques et donc d'un accès particulier.

3.2 Le positionnement de l'Etat dans le pilotage du dispositif n'est pas assez clair

[74] Si le CNCP est placé « auprès du ministre chargé de la santé », il reste sur un positionnement insuffisamment précis à plusieurs égards.

[75] En premier lieu, sur le plan de sa représentation formelle, le ministre ou ses représentants ne siègent pas au sein du CNCP. Il nomme le président de l'instance collégiale, mais n'est représenté qu'à titre consultatif, ainsi que les ministres en charge de l'enseignement supérieur et de la défense⁷⁵.

[76] En second lieu, si le ministre chargé de la santé n'est pas lié par les avis, il n'en reste pas moins qu'il doit formellement les solliciter avant d'arrêter la méthode d'élaboration des référentiels (HAS et CNCP) et le référentiel de CP pour chaque profession de santé (CNP), dans l'esprit décrit plus haut visant à donner une primauté aux professionnels de santé dans le dispositif.

[77] En troisième lieu, des confusions existent dans l'esprit des acteurs sur le rôle de maîtrise d'ouvrage assumé par l'Etat, en particulier dans la conduite du projet majeur du système d'information. Ce dernier nécessite une définition claire des objectifs et responsabilités de chacun. Or, en l'absence des précisions réglementaires requises (Cf infra), il apparaît que la frontière entre la responsabilité du maître d'ouvrage-Etat et du maître d'œuvre-ANS est floue. Un certain nombre d'interlocuteurs qui ont participé à des réunions concernant les développements informatiques ont compris que les questions restantes sur le dispositif de CP seraient tranchées par l'ANS et non par la DGOS. La mission note que cette confusion est maintenue dans le projet de décret portant traitement des données à caractère personnel dans le cadre du téléservice « Ma Certif Pro Santé », qui indique que « [Le téléservice] est placé sous la responsabilité conjointe du ministère chargé de la santé et du GIP [...] Agence du Numérique en Santé ». La confusion est levée dans le projet de convention, qui n'est toutefois, à date, pas encore signé.

[78] Enfin, il semble nécessaire de préciser les modalités d'intervention de l'Etat dans la définition d'actions porteuses d'une politique nationale de santé. En effet, si le système des Orientations Prioritaires dans le cadre du DPC prévoit que des orientations soient définies par l'Etat, les impulsions données par l'Etat dans le cadre de la CP semblent se cantonner à deux étapes : la définition des orientations scientifiques par le CNCP d'une part, donc très en amont et de façon très large ; le contrôle de l'adéquation des référentiels proposés avec la méthode de la HAS d'autre part, à partir d'un pôle d'évaluation ad hoc mis en place par la DGOS.

⁷⁵ Art D4022-1-II du CSP

[79] Ces dispositions sont conformes à l'état d'esprit général du dispositif, qui consiste à laisser une place prépondérante aux professionnels via leurs CNP dans la définition des référentiels et des actions. Toutefois, elles interrogent sur la possibilité de faire de la CP un outil efficace de transformation des politiques publiques en santé qui serait appuyée sur l'amélioration des pratiques.

3.3 Les référentiels, cœur du dispositif, ne sont pas prêts

[80] Les référentiels de CP constituent la pierre angulaire de la démarche de certification. Ils synthétisent la vision qui a présidé à la mise en place du dispositif, qui oscille entre deux visions.

[81] La première consiste à considérer que la CP a pour objectif prioritaire de s'assurer que tous les professionnels des professions à ordre sont impliqués dans des démarches de garantie du maintien de leurs compétences. Le dispositif vise donc prioritairement à identifier ceux des professionnels qui participent peu à des formations ou à des congrès, qui ne sont pas inclus dans des démarches qualité ou d'amélioration des relations avec les patients, et qui ne prennent pas soin de leur propre santé. Dans ce cadre, le niveau d'exigence n'est pas prioritaire. L'objectif est d'identifier et d'accompagner les professionnels en marge. Il vise donc à certifier un maximum de professionnels.

[82] La seconde est beaucoup plus exigeante. Elle consiste à considérer la CP comme le moyen d'améliorer sans cesse les compétences professionnelles des personnes concernées, à partir de formations, d'évaluations externes, d'auto-évaluations, et au regard d'un niveau d'attendus qui doit être fixé collectivement.

[83] Dans les faits, la vision sur les exigences attendues est variable : selon les institutions, selon les CNP, selon le point de départ et le degré de maturité des acteurs.

[84] Si l'option générale n'a pas été clairement tranchée, en réalité le dispositif mis en place s'appuie de façon manifeste sur la première option, comme l'indique le nombre très limité d'actions obligatoires pour atteindre la certification (2 actions par axe en 6 ans). Toutefois, le système permet à des CNP d'attendre un certain degré d'exigences, et à d'autres de viser plutôt l'identification et l'accompagnement des professionnels en marge des dispositifs existants. Les différents interlocuteurs rencontrés – au niveau institutionnel et au niveau des représentants professionnels – s'appuient dans cette hésitation sur l'absence de modèle international définitivement probant, et sur la dynamique constatée dans les modèles les plus aboutis comme celui du Québec (Cf Annexe 6 Comparaisons internationales).

3.3.1 La définition des référentiels et des actions n'est pas suffisamment claire

[85] Dans le guide méthodologique qu'elle a produit, la HAS indique que les référentiels de certification constituent « les moyens d'atteindre [les buts pour chacun des axes de certification] »⁷⁶. Il indique que « la certification repose sur la mise en œuvre par le professionnel d'actions qui seront prévues dans le référentiel de certification de sa profession ou de sa spécialité »⁷⁷, faisant une différence entre le référentiel en tant que tel et les actions qu'il

⁷⁶ Cf : Chapitre 1 : Préambule : finalités de chacun des axes du référentiel.

⁷⁷ Cf : Guide de méthodologique, 3.1

comporte. Ceci est confirmé par le décret du 22 mars 2024, qui indique que « les actions [...] figurent dans les référentiels de CP⁷⁸.

Les finalités des quatre axes établies par la HAS⁷⁹

Finalités de l'axe 1 : actualiser les connaissances et les compétences

- Actualiser les connaissances fondant les pratiques et assurer qu'elles soient conformes au regard des données de la science, des valeurs professionnelles, de l'éthique, de la déontologie, des priorités de santé publique, de l'évolution des politiques de santé, des évolutions sociétales et des besoins de santé sur un territoire.

-Assurer les compétences nécessaires à l'exercice (évolution professionnelle notamment : spécialité, expertise, pratiques avancées, spécificités d'exercice...) pour les rendre conformes et adaptées à la pratique et à l'offre de soins sur un territoire.

Finalités de l'axe 2 : renforcer la qualité des pratiques professionnelles

-Garantir des pratiques conformes au regard des recommandations de bonne pratique, des référentiels de qualité, des valeurs professionnelles, de l'éthique, de la déontologie.

-Garantir l'amélioration des pratiques sur la qualité et sécurité des soins. Les actions d'amélioration de la qualité des pratiques peuvent aussi concourir à l'élaboration ou l'actualisation de procédures/ protocoles.

Finalités de l'axe 3 : améliorer la relation avec les patients

-Assurer une relation de qualité au regard des recommandations de bonne pratique, des valeurs professionnelles, de l'éthique, de la déontologie, des droits des patients

-Actualiser la connaissance des droits du patient, des obligations déontologiques fondant les pratiques

-Contribuer au renforcement du dialogue, améliorer la transparence de l'information, développer l'écoute attentive de la bienveillance

-Assurer une relation de qualité avec l'entourage et/ou de collaboration avec les aidants dans le respect des droits du patient

-Faciliter la prise en compte des évolutions qui modifient la relation (niveau d'information des patients, impact des nouveaux outils numériques et nouvelles formes de prise en charge numérique...)

-Rendre le patient co-acteur de sa santé (décision médicale partagée)

Finalités de l'axe 4 : mieux prendre en compte la santé personnelle

-Donner à chaque professionnel les moyens de préserver sa santé lui permettant d'exercer une activité de qualité

-Rendre chaque professionnel attentif à son état de santé

-Promouvoir, maintenir et améliorer l'état de sa santé

-Prévenir les altérations de l'état de santé psychique et somatique

-Conserver les aptitudes professionnelles

⁷⁸ Art 4022-10 du CSP

⁷⁹ Guide Méthodologique de la HAS

[86] Pour autant, aucune définition claire n'est proposée et deux options sont laissées ouvertes.

- La première consiste à considérer les référentiels comme des « cahiers des charges » devant être respectés pour valider les actions. Ils constituent donc un cadre de références nécessaires autour d'objectifs et de compétences métiers, pour s'assurer que les actions respectent les orientations scientifiques produites par le CNCP, ainsi que les « critères d'objectivité des connaissances professionnelles, scientifiques et universitaires et les règles déontologiques des professions concernées ». La DGOS plaide pour cette interprétation.
- La seconde consiste à considérer les référentiels comme des listes d'actions éligibles, mais sans lien décrit précisément avec le maintien des compétences ni avec les attendus.

[87] En l'absence de définition claire, le guide méthodologique de la HAS présente dans ses annexes des types d'actions possibles, qui ont été largement reprises par grand nombre de CNP, s'inscrivant ainsi plutôt dans la deuxième option. Cela conduit à des lectures différentes des « actions » et des « référentiels ». Par suite, nombre de référentiels proposés durant l'été 2024 oscillent entre des thèmes d'actions nécessitant d'être déclinées en actions précises ouvertes aux professionnels, et des actions précises individualisées. A titre d'exemple, si la majorité des propositions de référentiels portés par la FSM se présentent plutôt comme des groupes d'actions (par exemple « participation à des missions transversales en établissement de santé » dans le bloc 2 de la CP), certains CNP proposent des référentiels très détaillés en mettant en avant non pas les actions finales, mais les attendus et les méthodes scientifiques devant présider à la définition des actions en fonction des compétences attendues des professionnels.

[88] Il résulte des interprétations différentes possibles un problème majeur d'homogénéité des propositions entre les professions et spécialités, et une difficulté opérationnelle de validation des actions conduites, pour qu'elles puissent compter pour la certification périodique.

3.3.2 Les différentes étapes de production des référentiels et des actions laissent des interrogations pratiques qui ne sont pas réglées

[89] Quatre étapes sont prévues dans le dispositif :

- la définition par le CNCP des orientations scientifiques de la CP
- l'établissement de la méthodologie d'élaboration des référentiels par la HAS après avis du CNCP
- la déclinaison des orientations scientifiques par les commissions professionnelles
- la production de catalogues d'actions à destination des professionnels

[90] **Les orientations scientifiques** ont été adoptées par le CNCP le 09 mars 2023. La mission note qu'elles ont été validées après que le Guide méthodologique de la HAS a été arrêté, et non avant. Le document succinct de deux pages ne produit en réalité pas d'orientations strictement scientifiques, mais des orientations générales sur le cadre d'élaboration des actions et des thématiques afin de veiller au respect de l'éthique professionnelle et de l'évolution des pratiques. A ce titre, il fixe cinq principes : la nécessité d'une collégialité pour le recensement des actions valant certification ; la nécessité de développer la culture de la qualité et de la sécurité dans les

parcours, et de promouvoir des actions mesurables par des critères de qualité, de pertinence et de performance ; la nécessité de prévoir dans les référentiels des actions portant sur l'acquisition de connaissances du numérique en santé et de ses usages, et sur la capacité d'adaptation des exercices professionnels à la gestion des crises ; l'importance du partage d'expériences interprofessionnelles et de bonnes pratiques ; enfin, la nécessité de promouvoir la santé environnementale.

[91] **La méthode d'élaboration des référentiels par la HAS** est un document fondamental. Elaboré sous l'égide de la HAS par un groupe de travail réunissant des représentants des CNP des sept professions à ordre, des méthodologistes et documentalistes de la HAS et des représentants des associations de patients, il décrit en 36 pages les finalités des différents axes de la CP, et propose un « plan commun de rédaction des référentiels » sollicitant de la part des CNP les attendus, les typologies d'actions et leurs principes évaluatifs⁸⁰. Il établit dans ses annexes 2 à 5 des propositions de ressources pouvant être proposés par les CNP dans les quatre axes de certification, donnant de fait des exemples précis d'actions pouvant être proposées (par exemple : formation présentielle, simulation en santé, test de concordance de script, vignettes cliniques, etc).

[92] **La déclinaison des orientations scientifiques échoit aux commissions professionnelles.** Le terme de « déclinaison » prête à interprétation. Il peut être compris soit comme la définition du cadre scientifique des référentiels, soit comme la définition des référentiels eux-mêmes. En pratique, c'est plutôt cette seconde interprétation qui semble avoir été retenue par les présidents des commissions professionnelles. Toutefois, ces dernières n'étant toujours pas formellement constituées (Cf infra), la production des référentiels/actions est portée par les CNP.

[93] **La production de catalogues d'actions à destination** des professionnels doit constituer le résultat final. Pour ce faire, plusieurs questions opérationnelles doivent être levées, notamment :

- Pour les professionnels salariés, comment est établi le catalogue des actions possibles et le choix par les professionnels salariés, qui doit s'effectuer « en lien avec l'employeur » ? Ce lien sous-entend que l'employeur puisse proposer dans le cadre de son plan de formation des actions permettant aux professionnels concernés de valider leur obligation.
- Quelle instance est chargée de valider des actions non prévues dans le référentiel, notamment les « actions libres » proposées par grand nombre de CNP ?
- Quelle instance sera sollicitée pour définir dans quelle mesure une action précise – par exemple la participation à une RMM donnée, à une simulation, à une réunion de retour d'expérience – pourrait être validée dans le cadre de la CP ?

⁸⁰ Annexe 1 de la Proposition de méthode d'élaboration des référentiels de certification périodique des professions de santé à ordre, 13 juillet 2022

3.3.3 Les référentiels ne sont pas harmonisés

[94] Le guide méthodologique de la HAS a eu pour objectif de définir un cadre commun d'élaboration des référentiels de CP opposables aux professions de santé à ordre. A ce titre, il a été établi à partir de sous-groupes fondés sur chacun des quatre axes définis par l'ordonnance de juillet 2021. Les propositions ont été débattues en séance plénière avant d'être validées par la HAS. En dépit des objectifs du guide et de la méthode suivie, la mission constate que les projets de référentiels proposés manquent d'homogénéité.

[95] En premier lieu, les règles communes sont interprétées de façon différente selon les CNP. A titre d'exemple, bien que le contenu de l'obligation soit clairement exposé (« avoir validé au moins deux actions dans chacun des quatre blocs »), certains CNP transforment cette obligation. La mission constate par exemple qu'un CNP exige au minimum trois actions par les axes 1 et 2 de la CP, et deux actions pour les axes 3 et 4. Ce choix est justifié par la largeur du panel d'actions permettant la validation sur les axes « métier ». Si elle présente une cohérence théorique avec l'obligation de DPC, qui porte principalement sur les axes 1 et 2 de la CP, elle reste néanmoins hétérogène au regard de la règle générale.

[96] En second lieu, la présentation des référentiels est extrêmement différente entre certains CNP, selon la définition qui en est donnée par eux (Cf supra).

3.3.4 Le problème du contenu des actions proposées : une hétérogénéité forte entre les CNP

[97] La mission a procédé à une lecture attentive des référentiels pour identifier les ressorts permettant une amélioration du dispositif dans son ensemble. Elle conclut qu'à date, c'est-à-dire avant toute validation des référentiels et des actions, les propositions traduisent une forte hétérogénéité dans la vision et la qualité des attendus, malgré une méthode HAS commune. Plusieurs exemples méritent d'être soulignés :

- Un grand nombre de CNP proposent la prise en compte de la participation à des congrès. Si quelques-uns assortissent cette proposition d'exigences à fins de certifications, le niveau, la qualité voire le contrôle de la participation aux congrès ne sont pas homogènes.
- Il en est de même pour le e-learning, qui est parfois complété par un contrôle de connaissances post-formation, parfois est juste réduit à l'inscription à une formation à distance.
- L'abonnement à une revue est cité par quelques CNP pour la certification, ce qui n'apporte pas la preuve de l'engagement du professionnel dans une démarche active d'évaluation et d'amélioration de la qualité de ses compétences.
- Le suivi d'indicateurs qualité et sécurité des soins peut avoir des formes et une profondeur très variables. Le seul fait de recevoir des informations, par exemple d'une direction hospitalière, ne peut en soi être considéré comme participant d'une démarche active d'amélioration personnelle
- Cette remarque peut s'étendre à « l'activité de renseignement du dossier patient ». Il s'agit d'une démarche intrinsèquement liée au soin lui-même.

[98] La mission constate également une forte hétérogénéité sur les conditions de validation des actions. A titre d'exemple, certains CNP proposent simplement la participation à un congrès national ou international ; d'autres précisent de façon détaillée les conditions requises pour que la participation à un congrès soit validante. Il en est de même pour la participation à des revues de morbi-mortalité ou à des staffs, qui pour certains CNP est suffisante sur le principe, pour d'autres n'est valable qu'à la condition d'une participation régulière tout à long de l'année.

[99] Les justificatifs et certificats de participation aux actions n'étant pas décrits dans la loi ni dans le règlement, ils restent également variables.

3.3.5 L'absence de pondération des actions

[100] S'appuyant sur un questionnaire réalisé auprès de nombreux acteurs, la mission IGAS de 2020 préparant l'ordonnance de 2021 avait produit une recommandation prioritaire, visant à organiser la CP autour de « crédits » permettant de pondérer les blocs d'actions à conduire et les actions elles-mêmes. L'objectif aurait été de « capitaliser des crédits sur six ans, avec un nombre minimal de crédits à atteindre sur cette période et par an, et un nombre de crédits maximal créditable ».

[101] Les textes mettant en œuvre la CP n'ont pas retenu ce système, restant sur une approche en termes de nombre d'actions à effectuer sur la période, soit à raison de deux actions par bloc. Ils n'ont pas non plus imposé de pondération des actions, ce qui pose des questions sur la qualité de la certification. En effet, il est théoriquement possible de valider par exemple le bloc 1 en participant à un congrès et à une formation en e-learning, qui ne valent pas moins qu'une formation beaucoup plus lourde sur le plan financier et impliquante pour le professionnel concerné comme un diplôme universitaire.

3.3.6 Les référentiels sont très larges et positionnent la certification périodique plus comme un outil de description des actions courantes des professionnels que comme un vecteur de transformation des pratiques

[102] L'ouverture des actions permettant une certification est l'un des points clés distinguant le DPC de la CP. Il répond à deux objectifs : d'une part, faire de la CP un outil d'appui aux professionnels de santé et non de contrôle, dans l'esprit initial de la démarche portée dans les rapports fondateurs ; d'autre part, permettre de valider un maximum d'actions déjà réalisées ou ne nécessitant pas de financement nouveau spécifique, conformément aux préconisations de la mission IGAS de 2022 relative au financement de la CP⁸¹.

[103] Le guide méthodologique de la HAS ainsi que les orientations scientifiques fixées par le CNCP décrits plus haut ouvrent la voie à des référentiels et à des actions s'inscrivant dans un champ très vaste, bien au-delà des seules formations dispensées par des organismes validés par l'ANDPC.

⁸¹ Rapport IGAS n°2022-029R « Dispositif de certification périodique créé par l'Ordonnance du 19 juillet 2021 : état des lieux financier ».

[104] Le décret du 22 mars 2024 s'inscrit dans cette dynamique. Il vient compléter de deux façons l'Ordonnance du 19 juillet 2021, qui indique que « les actions réalisées au titre du développement professionnel continu, de la formation continue et de l'accréditation sont prises en compte au titre du respect de l'obligation de certification périodique »⁸².

- D'une part il confirme le champ très large pouvant être pris en compte dans les référentiels de CP, qui peuvent contenir en réalité un très grand nombre de types d'actions de formation notamment :
 - les actions de formation dans le cadre de l'apprentissage,
 - les actions de formation professionnelle continue définies par le code du travail⁸³,
 - les actions diplômantes universitaires,
 - les actions menées dans le cadre de démarches collectives sur un territoire telles que les protocoles de coopération dans un établissement de santé, un établissement médico-social ou une structure d'exercice coordonné,
 - les actions développant des compétences transversales pour améliorer les parcours de santé,
 - les actions permettant de développer une démarche interdisciplinaire des pratiques professionnelles et de garantir leur sécurité,
 - toute autre action visant à développer la prévention en santé, à garantir les bonnes pratiques en concourant à la gestion des risques, qu'elle soit individuelle ou collective, pouvant être proposée par les structures d'exercice »⁸⁴ ;
- D'autre part, il confirme l'élargissement des organismes et structures pouvant dispenser des actions⁸⁵.

[105] Si dans une première phase de la CP l'étendue des actions et des organismes intervenant est très large, en tout état de cause beaucoup plus large que dans le cadre du DPC, le pilotage du dispositif de CP doit intégrer la possibilité de faire évoluer la CP pour rendre possible le passage d'une première phase de rodage, essentiellement destinée à identifier les professionnels en dehors des circuits habituels de maintien des compétences, à une seconde phase plus clairement centrée sur l'amélioration et l'évolution des pratiques.

⁸² Art L4022-2-II du CSP

⁸³ Art 6313-1 du code du travail : actions de préformation et de préparation à la vie professionnelle, actions d'adaptation et de développement des compétences des salariés, actions de promotion de la mixité dans les entreprises, de sensibilisation à la lutte contre les stéréotypes sexistes et pour l'égalité professionnelle entre les femmes et les hommes, actions de promotion professionnelle, actions de prévention, actions de conversion, actions d'acquisition, d'entretien ou de perfectionnement des connaissances, actions de formation continue relative à la radioprotection, actions de formation relatives à l'économie et à la gestion de l'entreprise, actions permettant de réaliser un bilan de compétences, actions permettant aux travailleurs de faire valider les acquis de leur expérience, actions de formation continue relatives au développement durable et à la transition énergétique

⁸⁴ Art R4022-10 du CSP

⁸⁵ Art R4022-11 du CSP

3.4 Les modalités et les moyens de contrôle sont insuffisants

[106] La qualité de la certification périodique repose sur le respect de règles par l'ensemble des acteurs, qui doit faire l'objet de contrôles. Les différents points à contrôler sont les suivants :

- La qualité des membres des instances de la CP pour participer aux décisions. Il s'agit d'un contrôle de liens et conflits d'intérêt.
- La qualité formelle des référentiels proposés, au regard du guide de la HAS
- La qualité scientifique des actions réalisées
- La qualité des organismes réalisant des actions validantes pour la démarche

[107] Si des modalités de contrôle commencent à être mises en œuvre, elles se heurtent à deux points majeurs : d'une part, les référentiels ne sont toujours pas validés ; d'autre part, le CNCP ne dispose d'aucun moyen en propre.

3.4.1 L'organisation de la gouvernance de la CP apporte trop peu de garanties d'indépendance sur le plan scientifique

[108] Le modèle ne permet pas de garantir une séparation organique entre la fixation des objectifs stratégiques, la définition des orientations scientifiques, la définition des référentiels, et la définition des actions.

[109] Le CNCP dispose en effet deux organes : l'instance collégiale, et les commissions professionnelles. Le président de chacune des sept commissions professionnelles est représenté à l'instance collégiale, qui ont donc sept voix sur les vingt-sept que compte l'instance, président inclus. Les commissions professionnelles sont elles-mêmes formées « des représentants des conseils nationaux professionnels de la profession et des spécialités concernées et, lorsqu'elles existent, [de] leurs structures fédératives, dans la limite de vingt-cinq membres nommés pour une durée de trois ans⁸⁶ ».

[110] Par conséquent, c'est sous l'égide de la même personne – le CNCP – que sont produites les orientations stratégiques, les orientations scientifiques, les référentiels et les actions.

[111] Seules deux interventions extérieures sont prévues par les textes : celle du ministre en charge de la santé, qui arrête la méthode d'élaboration des référentiels mais après avis du CNCP ; et celle de la HAS, qui peut être saisie par le ministre en charge de la santé pour donner un avis sur les référentiels. Les conditions de saisine relèvent d'un décret qui n'a pas encore été pris. Toutefois, le projet de décret simple transmis à la mission prévoit une possibilité de saisine limitée à trois cas : le cas où les référentiels n'ont pas été élaborés conformément à la méthodologie de la HAS ; celui où les actions proposées par les référentiels ne font pas référence aux recommandations de pratiques professionnelles en vigueur ; celui enfin où les référentiels ne permettent pas au professionnel de définir son programme d'actions du fait d'un manque de structuration des axes avec une absence de définition d'actions adaptées aux objectifs et/ou compétences de l'exercice.

⁸⁶ Art D 4022-1 III du CSP

3.4.2 les activités de contrôle sont insuffisamment armées

- Le problème de la gestion des liens et conflits d'intérêt des membres du CNCP :

[112] La gestion des liens et conflits d'intérêt est un sujet prioritaire du CNCP depuis sa création comme en attestent les comptes-rendus de l'instance collégiale. Portée par les deux présidents du CNCP qui se sont succédé, elle a fait l'objet d'un avis fondateur daté du 25 janvier 2023. Il différencie deux situations : en premier lieu, celle des commissions professionnelles en sollicitant de tous les membres la production d'une DPI et la mise en place d'une commission déontologique au sein des commissions ou en inter-commission ; en second lieu les actions de certification, qui nécessitent pour tout concepteur d'action et tout intervenant que soient appréciée l'éligibilité des actions proposées dans les référentiels de CP, d'informer les commissions professionnelles et l'instance collégiale des modalités pratiques de son respect, et de veiller à l'indépendance financière de la certification⁸⁷.

[113] Cette position a été enrichie d'un avis de la DAJ datant du printemps 2024 sur la qualification des liens et conflits d'intérêts s'appliquant aux membres du CNCP et en particulier à ceux des commissions professionnelles. Il a été présenté à l'instance collégiale du 04 juillet 2024, qui a rappelé les cas de qualification de liens ou conflits d'intérêt pouvant s'appliquer à la participation aux travaux des commissions : le fait d'être salarié soumis à autorité hiérarchique notamment dans l'industrie pharmaceutique, le fait pour les universitaires enseignants d'avoir une activité de formation continue, le fait d'être professionnel de santé réalisant des expertises pour les industries de santé, le fait de réaliser des formations pour les sociétés savantes ou d'avoir des fonctions dirigeantes dans les organismes de formation, le fait d'être conseiller scientifique contribuant aux actions d'un congrès organisé par une société savante organisatrice du congrès.

[114] Pour autant, s'il appartient au CNCP de produire des règles, il est nécessaire de mettre en place un dispositif permettant d'en contrôler l'application. Or, aucune structure opérationnelle n'est prévue. C'est à date l'instance collégiale qui en tient lieu.

- Le problème du contrôle des référentiels sur le plan scientifique

[115] En tant qu'elles sont chargées de la « déclinaison des orientations scientifiques fixées par l'instance collégiale », les commissions professionnelles souhaitent se donner une mission de contrôle des référentiels sur le plan scientifique.

[116] Outre le fait qu'elles ne sont toujours pas constituées, elles se heurtent à un problème de principe et à un problème de moyens opérationnels. Le problème de principe a été évoqué ci-dessus en 3.2.1, puisque ce sont les mêmes instances – en charge de la rédaction des référentiels – qui seraient aussi chargées de leur contrôle sur le plan scientifique. Le problème de moyens opérationnels est lié à la constitution même des commissions, qui ne sont pas prévues pour donner des avis opérationnels sur tous les sujets scientifiques posés par toutes les actions proposées. Elles ne bénéficient d'aucun support administratif, juridique et scientifique permanent afin de constituer des « guichets » de réponse aux acteurs.

- Le problème du contrôle des référentiels sur le plan formel :

⁸⁷ CNCP, Instance collégiale du 25 janvier 2023, Projet d'avis révisé relatif aux liens d'intérêts.

[117] Dans la mesure où le ministre en charge de la santé arrête les référentiels de certification et peut saisir la HAS pour avis lors de l'élaboration des référentiels. C'est à la DGOS qu'il appartient de préparer le positionnement du ministre, dans une organisation qu'il lui revient de définir.

[118] A ce titre et dans le respect de la mission scientifique confiée au CNCP, un groupe « informel » d'experts est réuni par la DGOS pour effectuer un contrôle formel, non dévolu au CNCP. Sa composition et son rôle ont été présentés en comité de pilotage de la DGOS au 21/11/2023.

- Le « pôle d'évaluation » est « inter-DAC », composé de représentants de la DGOS, de la Direction générale de la santé, de la Direction générale de la cohésion sociale, de la Direction générale de l'enseignement supérieur et de l'insertion professionnelle, de la Direction générale de la santé, de la CNAM et du Service de santé des armées.
- les missions qui lui sont confiées consistent à contrôler le respect de la méthodologie de la HAS par les CNP, contrôler le processus de sélection et de validation des actions et contrôler la prise en compte de l'existant. Il détermine par ailleurs les critères de saisine de la HAS par le ministre en charge de la santé.

[119] Le pôle d'évaluation s'est doté d'une grille de lecture de 25 items regroupés autour de quatre rubriques principales : les modalités d'élaboration des référentiels, les items du référentiel en référence au décret du 22 mars 2024, les modalités de déclinaison des attendus pour chacun des quatre axes, la prise en compte des critères pour garantir la qualité de chaque action (objectivité des connaissances professionnelles, scientifiques et universitaires, gestion des liens d'intérêt, aspects déontologiques notamment).

[120] Ce pôle est connu des acteurs en charge du dispositif, en particulier des CNP et des Ordres professionnels. Il est constitué de personnes ayant des profils de professionnel de santé (notamment des médecins, chirurgiens-dentistes, directeurs des soins).

[121] S'il appartient à la DGOS d'organiser comme elle l'entend les évaluations réalisées, en revanche la mission souligne que les membres du pôle évaluation n'ont pas produit leur DPI à fin de validation de l'absence de liens ou conflits d'intérêt, ce qui à date représente une limite. Par ailleurs, la mission n'a pas eu connaissance des critères de qualité compétences scientifiques et pédagogiques ayant présidé au choix des membres de ce pool.

- Le problème du contrôle des organismes ou des personnes chargés de mettre en œuvre les actions de CP

[122] A l'instar de la Cour des comptes, la mission souligne deux difficultés majeures :

- En premier lieu, les établissements ou organismes habilités à proposer des actions présentent des garanties de qualité et d'indépendance très différents. Ainsi, si les établissements ou organismes enregistrés par l'ANDPC ou relevant du code de l'éducation sont soumis à des règles strictes en termes d'exigence de qualité administrative, scientifique et pédagogique, en revanche les organismes relevant de l'article L 6351-1 du code du travail ont des obligations beaucoup moins exigeantes, puisqu'ils n'ont besoin que de déposer une déclaration d'activité auprès de l'autorité administrative.

- En second lieu, le décret du 22 mars 2024 n'apporte pas de précision sur une labellisation des organismes, institutions ou acteurs pouvant réaliser ou accueillir des actions collectives ou interdisciplinaires, comme les Revus de Morbi-Mortalité (RMM), les Réunions de Concertation Pluridisciplinaires (RCP) ou encore les staffs médico-soignants.

[123] Or, la qualité de la certification périodique repose pour beaucoup sur le respect des process mis en œuvre pour réaliser les actions.

[124] L'ANDPC a développé des moyens de contrôle, qui toutefois présentent deux problèmes : d'une part, le contrôle a priori entrave en partie l'ensemble du système de DPC comme démontré en annexe 1, et d'autre part laisse possible des contournements. Chaque opérateur de financement a également mis en œuvre des exigences et règles de contrôle qui lui sont propres, mais ces dernières ne sont pas harmonisées.

- Le problème de la validation des actions elles-mêmes :

[125] Le process de validation et d'évaluation des actions de certification n'a pas encore été arbitré, ce qui constitue un manque flagrant dans la démarche de mise en place de la CP.

[126] Dans ce contexte, les CNP semblent en passe de s'attribuer une mission de validation des actions, pour les actions hors DPC, ce qui poserait un problème de cumul des rôles : chargés de l'écriture des référentiels et de la propositions d'actions de CP, ils ne peuvent pas être également chargé de leur validation et de leur évaluation.

[127] Par ailleurs, la mise en œuvre opérationnelle des actions va nécessiter de prendre sans cesse position sur des cas spécifiques précis, au moins dans une première phase de prise mise en route, ce qui va nécessiter une structure-guichet adaptée, capable de répondre aux questions. Ainsi, si certains CNP précisent le contour de validité des actions, ce n'est pas le cas pour de nombreux autres. A titre d'exemple, la « participation à une RMM ne saurait être considérée comme suffisante en soi pour valider une action de DPC. Tout dépend de l'ampleur, de la profondeur de la RMM et des références qu'elle convoque.

3.5 Des retards majeurs ont été pris sur des points importants du dispositif, laissant des questions en suspens

3.5.1 Des retards majeurs dans la production des textes et des règles applicables

[128] Quatre décrets prévus par l'ordonnance de 2021 restent en attente au moment de la rédaction du présent rapport.

- Le premier est prévu par l'article 4022-10 du CSP et porte sur le traitement des données à caractère personnel. Il est d'une importance majeure, puisqu'il concerne le support informatique de l'ensemble du dispositif. Il vise à préciser les droits et les devoirs liés au traitement des données contenues dans le téléservice dénommé « Ma Certif' Pro Santé ».

- Le second est prévu par l'article 4022-9 du CSP et concerne les modalités de contrôle de la certification périodique par les ordres professionnels. Il prévoit l'intervention des ordres dans le suivi à mi-parcours du déroulement de la CP, et renforce la sanction en cas de non-respect de la certification en prévoyant l'engagement systématique d'une procédure disciplinaire. La mission note que les modalités de « validation » des comptes de certification ne sont pas prévues dans ce projet, ni ce qui peut en être fait par les professionnels concernés.
- Le troisième est prévu par l'article 4022-8 du CSP et précise les cas saisine de la HAS par le ministre en charge de la santé évoqué supra, que le projet de décret simple propose de restreindre à trois situations seulement : le cas où les référentiels n'ont pas été élaborés conformément à la méthodologie proposée par la HAS ; le cas où les actions proposées par les référentiels ne font pas référence aux recommandations de pratiques professionnelles en vigueur, particulièrement pour les spécialités médicales à risques ; le cas où les référentiels ne permettent pas au professionnel de santé de définir son programme d'actions du fait d'un manque de structuration des axes. Ce projet de décret est directement lié au positionnement de la HAS dans le dispositif d'ensemble, que la présente mission recommande de renforcer.
- Un quatrième décret en attente est prévu en vertu de l'article L4022-2-III du CSP, portant sur les choix des actions prévues au référentiel de certification périodique par les professionnels de santé salariés. Il a pour but de définir les modalités selon lesquelles l'employeur est associé au choix des actions. Il s'agit d'un sujet particulièrement important à deux égards : d'une part au regard du nombre de professionnels concernés, que la mission évalue à 713 630 professionnels soit 63 % des professions à ordre ; d'autre part au regard de l'impact du dispositif lui-même. En effet, le fait pour le professionnel de pouvoir choisir sa formation « lien avec l'employeur » suppose d'établir des liens directs aujourd'hui peu développés entre le plan interne de formation qui relève de la responsabilité de l'employeur, le salarié, et les catalogues d'actions existants. La mission n'a pas eu connaissance d'un projet de décret sur ce sujet. Il est aussi prévu un décret financement

3.5.2 Des retards dans la mise en place et la conduite du dispositif

[129] Par arrêté du 10 décembre 2021, le Professeur Lionel Collet avait été désigné Président du CNCP. Nommé président de la HAS par décret du 19 avril 2023, il n'a été remplacé à la présidence du CNCP qu'un an plus tard, en mars 2024, par l'arrêté du 08 mars 2024 qui nomme présidente Madame Nadiège Baille. Ainsi, alors même que l'ensemble du dispositif était en phase de montée en charge, aucune instance collégiale du CNCP n'a été réunie entre le 09 mars 2023 et le 18 avril 2024.

[130] La nomination d'une nouvelle présidente en avril 2024 a permis de reprendre un rythme soutenu de réunions d'instances collégiales – en avril, juillet, septembre 2024 - mais dans un cadre réglementaire toujours incomplet.

[131] Concernant le CNCP, si les présidents des commissions professionnelles ont été désignés par arrêté du 12 septembre 2022, permettant la tenue des instances collégiales, en revanche les commissions professionnelles n'ont toujours pas été constituées en raison des liens et conflits

d'intérêts de certains de leurs membres. Suite à positions prises par la CNCP en 2023, confirmées et précisées lors des instances collégiales de juillet et septembre 2024, les difficultés semblent en cours de règlement à moment de la rédaction du présent rapport. Toutefois, les commissions ne sont toujours pas constituées.

[132] L'article D 4022-4 du CSP prévoit qu'un règlement intérieur organise le fonctionnement de l'instance collégiale et des commissions professionnelles, afin de préciser notamment les règles relatives à la déontologie et à la prévention des conflits d'intérêt de ses membres. Si les sujets de fonctionnement du CNCP font l'objet de discussions comme en attestent les PV des réunions, en revanche le CNCP n'est pas encore doté d'un règlement intérieur au moment où le présent rapport est écrit.

3.5.3 Des retards dans la production des référentiels et des actions

[133] Si la démarche de certification périodique est d'application obligatoire depuis le 1^{er} janvier 2023, de nombreuses spécialités ont réfléchi à des référentiels depuis l'ordonnance de 2021 et plus particulièrement depuis la production en juillet 2022 du guide méthodologique d'élaboration des référentiels de CP par la HAS. Or, le guide n'a fait l'objet d'un arrêté qu'en mars 2023, et ce n'est qu'un an après, en mars 2024, qu'un décret est venu apporter des précisions sur le contenu des référentiels et des organismes habilités à intervenir dans la démarche de certification. La quasi-intégralité des CNP ont rédigé des propositions entre le printemps et l'automne 2024, mais sans toutefois avoir connaissance de l'ensemble du dispositif, qui n'est toujours pas complètement défini.

[134] Il résulte de cette situation que les référentiels ne sont toujours pas validés. De fait, les professionnels n'ont toujours pas connaissance des actions leur permettant de valider leur certification périodique, dans des comptes individuels qui par ailleurs ne sont pas encore prêts.

[135] Le décret du 22 mars 2024 prévoit dans son article 2 que les actions réalisées à compter du 1^{er} janvier 2023 définies dans les référentiels de certification sont prises en compte « pour établir que les professionnels de santé [concernés] ont respecté leur obligation de certification périodique au titre de la première période ».

3.5.4 Les retards dans la mise en place du compte personnel de certification périodique

[136] L'ANS est en charge du développement du système d'information de la CP. Le compte « Ma Certif Pro santé » est développé dans un cadre poursuivant trois objectifs, soulignés par l'Agence auprès de la mission : ne pas induire de charge administrative supplémentaire pour les professionnels de santé ; fournir une plateforme numérique qui soit au service des professionnels de santé et aux parties prenantes pour faciliter l'application du dispositif ; garantir un cadre de sécurité.

[137] Un projet de convention a été établi entre l'ANS et le ministère en charge de la santé. Elle rappelle que le rôle de l'ANS est d'assurer la conception, la mise en œuvre et la gestion d'un système d'information permettant la gestion et l'alimentation des comptes individuels des professionnels de santé, la consolidation et la diffusion de données et informations pertinentes à

l'attention des parties prenante, et la mise à disposition des éléments d'informations sur le dispositif. La convention indique que le pilotage stratégique est de la responsabilité de la DGOS, et le pilotage opérationnelle placé sous la responsabilité de l'ANS. Toutefois, la convention n'est toujours pas signée au moment de la rédaction du présent rapport.

[138] Plusieurs réunions ont eu lieu sous l'égide de l'ANS depuis 2022 pour poser les bases du futur système d'information. Toutefois, certains acteurs seulement ont été sollicités à date.

[139] Un prototype a été réalisé par l'ANS et présenté à un panel de professionnels de santé, permettant de valider des hypothèses au regard des réponses attendues par les utilisateurs.

- L'architecture retenue est que la HAS, l'ANDPC et les autres financeurs d'actions de formation (ANFH, FIFPL, FAFPM, OPCOs) devront effectuer le rapprochement entre les référentiels présents dans le SI avec les actions relevant de leur catalogue de formation. Les fournisseurs de données auront la charge de garantir la fiabilité des données d'actions réalisées transmises et devront être aptes à utiliser les API fournies par le SI pour communiquer ces actions de certification.

[140] Ceci suppose en premier lieu de mettre en place l'application ProSantéConnect sur tous les SI Tiers afin de permettre une bascule entre les SI de manière transparente (pas réauthentification et reconnaissance du profil du PS pour avoir un parcours personnalisé) ; en second lieu d'harmoniser le design avec bascule de tous les SI au design système de l'état DSFR ; en troisième lieu d'harmoniser les éléments de langage (mêmes terminologie) permettant une bonne compréhension du PS

- D'ores et déjà, une difficulté apparaît à la mission car le principe retenu est que le rapprochement des PS avec les spécialités faisant l'objet de certification se fera uniquement sur la base de l'Annuaire Santé (RPPS). C'est donc à partir de sa qualification ordinale que le professionnel se verra proposer le référentiel du seul CNP correspondant. Or, comme pour le DPC, ce principe peut poser problème pour les professionnels qui diversifient leur activité (médecins généralistes participant aux urgences par exemple). L'ANS a indiqué à la mission que le principe retenu, pour le professionnel souhaitant réaliser des actions de CP sur un référentiel autre que celui de sa qualification ordinale, est que le professionnel devra obtenir préalablement l'autorisation de ses autorités ordinaires. Il semble à la mission que, pour éviter ce processus préalable qui risque de s'avérer long, le principe d'un contrôle aléatoire a posteriori pourrait être préféré pour laisser plus de souplesse au dispositif.

[141] S'agissant du contrôle de la réalisation des parcours de certification, Le scénario actuellement envisagé consiste en :

- la mise à disposition d'une API aux 7 Ordres pour communiquer les CI et leurs données permettant le contrôle aux Ordres (Proposition actuelle demandé par les ordres d'avoir leur propre Si pour le contrôle et Pas de délivrance d'attestation de certification dans le Si Ma Certif Pro Santé demandé par le métier, contrôle à posteriori effectué par les Ordres)
- La mise en place d'une API Get, permettant aux Ordres de récupérer l'état des lieux des certifications en cours, et le détail des actions effectuées,
- la mise en place d'une API Put, permettant de communiquer par les Ordres le statut d'un cycle de certification

[142] Toutefois, malgré l'engagement des travaux et d'une équipe dédiée, le point d'étape effectué en juin 2024 a conclu que les questions encore en suspens, évoquées dans la présente annexe, ne permettaient pas encore de lancer une expérimentation compte tenu des divergences de vision entre les acteurs, du manque de stabilisation des référentiels, et de la nécessité d'articuler le SI Ma Certif Pro Santé avec les systèmes d'information des autres dispositifs déjà en place.

[143] Les responsables de l'ANS en charge du sujet estiment qu'après que seront levées les questions clés de fonctionnement du dispositif d'ensemble, l'équipe aura besoin a minima d'un an avant qu'un outil informatique puisse être produit, expérimenté puis installé, ce qui ne permet pas d'envisager une mise en production avant le courant de l'année 2026. Au surplus, la suppression de l'obligation de DPC que propose la mission s'agissant des professions à ordres nécessiterait de revoir un certain nombre d'hypothèses de la construction du compte Ma Certif Pro Santé.

[144] Interrogés par la mission, les ordres ont indiqué qu'ils ne pouvaient quantifier les moyens nécessaires aux missions qui leur étaient confiées dans le cadre de la certification périodique dès lors que les arbitrages sur le système d'information n'étaient pas connus.

ANNEXE 3 : Le financement des dispositifs

Introduction

[1] La mise en place de la certification périodique n'a été accompagnée d'aucune évaluation de son impact sur le plan financier. Le Rapport au Président de la République relatif à l'ordonnance du 19 juillet 2021 renvoie à un décret en Conseil d'Etat les modalités de financement du dispositif.

[2] En 2022, l'IGAS a produit un rapport spécifiquement dédié au financement de la CP intitulé « Dispositif de certification périodique créé par l'Ordonnance n° 2021-961 du 19 juillet 2021 : état des lieux financiers ». S'il préconise différentes hypothèses, les modalités précises de financement de la CP n'ont toutefois pas encore fait l'objet des précisions réglementaires attendues, malgré le décret du 22 mars 2024 qui apporte des éléments de cadrage essentiels au dispositif.

[3] Dans ce contexte, le financement de la CP et de façon plus générale des dispositifs de maintien des compétences des professionnels de santé doit être clarifié près deux ans après la mise en œuvre de l'obligation. A ce titre, la lettre de mission adressée à l'IGAS demande de « [veiller] à la mise en place d'une organisation soutenable notamment sur le plan financier ». Il s'agit donc d'évaluer le coût global du dispositif de CP pour les professions à ordre, ainsi que la capacité du dispositif à absorber tout en maintenant le financement des autres dispositifs de maintien des compétences, notamment pour les professions sans ordre ». L'objectif est de définir aussi les conditions à mettre en œuvre pour garantir l'équilibre global du système de maintien des compétences.

[4] Dans la mesure où la CP constitue le seul dispositif obligatoire et sanctionné, elle constitue la pierre angulaire du maintien et de l'amélioration des compétences des professionnels de santé, même s'il ne concerne que les professions à ordre. Mais l'objectif est aussi, dans le même temps, de garantir à chacun des professionnels relevant d'une profession de santé, y-compris sans ordre, la possibilité d'accéder à son obligation de maintien des compétences, même non sanctionnée.

[5] Plusieurs approches ont été développées dans le cadre des rapports précédents, concluant à la nécessité d'une ouverture large des critères permettant de valider la certification périodique des professions à ordre afin de valoriser un maximum d'action non-payantes (I). Toutefois, elles ont reposé sur une méthode globale d'extrapolation à partir des coûts parfois mal identifiés du dispositif de DPC. C'est pourquoi la mission a développé une approche complémentaire, qui croisée avec les premiers référentiels d'actions en cours de discussion, permet de poser les conditions de la soutenabilité financière du dispositif (II).

1 Les premières évaluations ont confirmé la nécessité d'une ouverture large des critères de certification afin de valoriser les actions non payantes

[6] Les quatre dispositifs existants visent un objectif similaire : garantir le maintien des compétences des professionnels concernés, qu'il s'agisse de la formation continue, du DPC, de l'accréditation de certaines professions de santé ou de la certification périodique.

[7] Les conditions de validation des différents dispositifs restent toutefois différentes à plusieurs égards : eu égard au périmètre d'actions, à la nature des actions, au champ couvert par les dispositifs, et aux professions concernées.

[8] Dans ce contexte, la CP présente une double particularité. En premier lieu, elle s'appuie sur les autres dispositifs existants. A ce titre, l'article 4022-2 du CSP précise que « les actions réalisées au titre du développement professionnel continu, de la formation continue et de l'accréditation sont prises en compte au titre du respect de l'obligation de la certification périodique ». En second lieu, dans l'esprit du rapport Uzan et des deux rapports IGAS qui l'ont suivi, elle s'appuie aussi sur de nombreux dispositifs existants, notamment développés par les établissements de santé ou dans le cadre d'actions d'amélioration des compétences individuelles et collectives non payantes, qu'elle propose de valoriser.

[9] Au terme des deux premiers rapports ayant inspiré le dispositif (1.1), l'élargissement des actions prises en compte pour la CP par rapport aux autres dispositifs constitue donc à la fois une cible au regard des objectifs de la certification, et le fondement de sa soutenabilité suggéré par le rapport IGAS de 2022 consacré à l'état des lieux financiers du dispositif de CP (1.2).

1.1 Malgré l'absence d'évaluation financière précise, les premiers rapports ayant inspiré le dispositif recommandent une ouverture large des actions permettant de valider la CP

[10] Le rapport Uzan et le rapport IGAS de 2020 préparant l'ordonnance de juillet 2021 ne produisent pas d'évaluation des surcoûts liés à la mise en place de la CP, mais posent les bases d'un élargissement des actions à prendre en compte, incluant la valorisation des actions existantes déjà financées.

1.1.1 Le rapport Uzan « Mission de recertification des médecins », 2018 recommande un financement spécifique

[11] Si le rapport n'entre pas dans le détail du financement du dispositif, et donc ne repose pas sur une méthodologie financière particulière ni une évaluation chiffrée, en revanche il rappelle un principe clé figurant dans les recommandations, selon lequel **le dispositif nécessite un financement spécifique**, puisqu'il relève d'une action de santé publique⁸⁸.

⁸⁸ « Principes généraux et recommandations ».

[12] Il ajoute que le dispositif peut être envisagé autour de deux niveaux : d'une part, un **financement par la « tutelle »** concernant les actions relevant d'un choix de santé publique ; d'autre part un **financement par un organisme d'Etat ou par le professionnel lui-même** pour les actions relevant du praticien et de son exercice, selon qu'il s'agit d'actions obligatoires ou d'actions optionnelles.

1.1.2 Le rapport IGAS de 2020 relatif à l'état des lieux et propositions en vue de la préparation des ordonnances sur la recertification des professionnels de santé à ordre suggère la nécessité d'anticiper des surcoûts, sans toutefois les évaluer de façon complète

[13] Le rapport n'effectue pas d'évaluation prévisionnelle du dispositif. En revanche, il pose la nécessité de financer ses coûts directs, et d'anticiper une augmentation des financements pour supporter ses coûts indirects.

- Les coûts directs :
 - Ils concernent le fonctionnement du dispositif concerne son pilotage, le suivi et le contrôle des actions de certification, l'élaboration des référentiels, des questionnaires d'auto-évaluation, la création ou l'adaptation des systèmes d'information existants et leur maintenance.
 - Ils sont approchés à partir des coûts directs supportés par la HAS dans le cadre de l'accréditation des médecins et des équipes médicales pour les professions à risque, et par l'ANDPC pour la gestion du document de traçabilité du DPC. Dans une première analyse, ils sont évalués autour de 5 M€ d'investissement, essentiellement dédiés au système d'information, et de 3 à 5 M€ par an de fonctionnement.
 - Le rapport préconise qu'une partie des coûts directs soit portée par les Ordres professionnels et les Conseils et collèges nationaux professionnels, qui sont dans le schéma cible de la mission chargés de l'accompagnement, du suivi et du contrôle de la recertification. Les CNP obtiendraient un financement complémentaire par la CNAM au titre des fonds d'action conventionnelles, et les Ordres des moyens complémentaires pour assurer leur mission supplémentaire de suivi et de contrôle.
- Les coûts indirects :
 - Ils concernent le coût des actions supplémentaires à financer pour garantir la capacité des professionnels à Ordre à répondre à leur obligation de « recertification ».
 - Si le rapport ne les évalue pas, en revanche il indique que le processus de recertification devrait avoir pour « effet naturel d'augmenter les dépenses de DPC et de Formation Professionnelle Continue en général, en précisant que cette augmentation provient de la mise en œuvre effective d'obligation déjà existantes mais non respectées comme cela est démontré dans l'annexe 1.
 - Pour rendre le dispositif financièrement soutenable, le rapport suggère de valoriser dans le champ de la recertification des actions ne nécessitant pas le recours à des organismes payants.

- Les conditions de soutenabilité financière : le rapport rappelle que le DPC « sera une composante essentielle de la recertification et que l'on estime que le DPC est déjà correctement financé ». Néanmoins, il ressort d'une enquête auprès des parties prenantes un besoin de financement supplémentaire à prévoir, dont elles estiment qu'il devra reposer sur 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 ».

1.2 Bien que portant sur des périmètres distincts, trois rapports réalisés entre 2022 et 2024 confirment la nécessité d'une ouverture large des critères et conditions de validation de la CP

[14] L'article 3 de l'ordonnance du 19 juillet 2021 prévoit la mise en œuvre des dispositions concernant la CP à compter du 1^{er} janvier 2023. Dans ce cadre, une évaluation a été réalisée par l'IGAS en 2022 dans un rapport dédié à l'état des lieux financier du dispositif de CP.

[15] Deux autres rapports ont été produits, sur des périmètres spécifiques. Le premier, non publié, a été rendu par l'IGAS en 2023 et concerne l'évaluation du COP de l'ANDPC en 2022-2023. Le second a été produit par la Cour des Comptes en 2024 et porte sur l'évaluation de la formation continue des médecins.

[16] Les trois rapports confirment la nécessité d'une ouverture large des critères et conditions de validation de la CP pour que son financement soit assuré.

1.2.1 Le rapport IGAS de 2022 « Dispositif de certification périodique créé par l'Ordonnance n° 2021-961 du 19 juillet 2021 : état des lieux financier » établit trois hypothèses, parmi lesquelles seule la valorisation des actions existantes non payantes permet d'absorber les surcoûts du dispositif

[17] Il s'agit du seul rapport à date spécifiquement consacré au financement de la CP. Le rapport apporte d'emblée une limite méthodologique fondamentale : de nombreux biais méthodologiques existent, les chiffres disponibles couvrant à la fois des périmètres variables selon les opérateurs, et le contenu des référentiels de CP n'étant pas connu au moment de la rédaction du rapport.

[18] Trois hypothèses ont servi de base à l'évaluation financière de la CP.

- En premier lieu, la mission identifie le nombre de personnes-cibles à former chaque année en comptant les actions de DPC, les actions nécessaires à l'accréditation des professions à risque, les actions financées dans le cadre de la formation continue et des plans de développement des compétences des employeurs, à l'exclusion des actions liées au compte professionnel de formation et des actions directement prises en charge par les établissements ou financées par les professionnels eux-mêmes. Sur cette base, 370 000 professionnels relevant d'un Ordre ont bénéficié en 2021 de 725 000 actions de formation, soit un ratio moyen de 1,95 actions par personne.

- La première hypothèse consiste à appliquer à l'ensemble de la population-cible (les sept professions à ordre) le coût constaté en 2021 des formations continues. Elle est elle-même assortie de deux variantes. La première consiste à appliquer strictement à la population cible le nombre moyen constaté de formations par professionnel ; la seconde consiste à limiter par professionnel cible le nombre d'actions. La notion de « surcoût » est la différence entre le coût global évalué et les financements déjà disponibles par les dispositifs existants.
 - la première variante conduit à un surcoût de 5,3Md€ sur six ans soit 891 M€ par an. La seconde variante à un **surcoût de 730,2 M€ soit 121,7 M€ par an.**
 - dans la seconde variante, la limitation à 4 actions sur 6 ans par professionnel aboutit à un surcoût de 730,2 M€ soit 121,7 M€ par an, et la limitation à 6 actions sur 6 ans à un **surcoût de 1,42 Md€ sur six ans soit 236,6 M€ par an.**
- La seconde hypothèse consiste à appliquer le coût moyen annuel d'actions de DPC -selon la définition à la population cible sur 6 ans, avec comme base de départ un niveau actuel de validation du parcours de DPC (au moins 2 actions en trois ans) de 23 %, qui est extrapolé à 100 % de la population cible. Cela revient à un **surcoût de 9,8 Md€ sur 6 ans, soit 1,6 Md€ de surcoût par an.**
- La troisième hypothèse consiste à valoriser toutes les actions mises en place au titre de l'amélioration des compétences, de façon très large. Cela comprend des actions payantes et des actions déjà existantes et donc déjà portées par des professionnels de santé ou des institutions : actions de formation prises en charge par les plans de formation, participation à des missions ou instances professionnelles, formations collectives à l'intérieur des établissements, etc. La mission évalue à 1,385 Md€ la valorisation de ce type d'actions à raison d'une action suivie tous les deux ans par la population cible de 1 154 000 professionnels à Ordre. Conjuguée à une augmentation limitée des surcoûts du fait d'une limitation des actions payantes supplémentaires à raison d'une action payante par an par professionnel, le dispositif ne présenterait aucun surcoût.

[19] A l'évaluation des coûts et surcoûts de formation, le rapport ajoute un surcoût de 4 M€ sur 6 ans pour renforcer les moyens humains des CNP.

[20] Au final, le rapport recommande de « valoriser au maximum, dans la période de montée en charge et de manière plus globale, les actions et pratiques de formation collectives et individuelles existantes ».

1.2.2 Le rapport IGAS 2022-2023 sur le COP de l'ANDPC propose de maintenir les deux obligations sous réserve de valoriser l'existant et d'élargir le périmètre des actions éligibles au DPC

[21] La mission portant sur l'évaluation du COP de l'ANDPC, elle n'a pas eu pour objet d'entrer dans le détail du financement de la CP. Pour autant, le devenir du DPC et par là-même de son organe porteur, l'ANDPC, est fortement lié à la mise en place de la CP, qui a des objectifs similaires mais déploie une obligation différente.

[22] Les conclusions de la mission IGAS reposent sur le constat que la coexistence du DPC et de la CP pour les professions à ordre ne sera acceptable pour les professionnels que si les deux obligations sont rendues totalement compatibles, la validation de l'une entraînant celle de l'autre et réciproquement, au moins sur les blocs 1 et 2 de la CP recouvrant le champ du DPC.

[23] Partant de là, et relevant que le DPC est très loin d'atteindre ses ambitions, les professionnels salariés notamment n'y ayant que très peu accès, elle confirme et s'approprie les évaluations réalisées par la mission IGAS de 2022 relative au financement de la CP, en indiquant que « garantir la compatibilité des deux obligations implique de valoriser au maximum l'existant et en élargissant considérablement le périmètre des actions éligibles au DPC ». Elle indique que les premiers travaux des CNP pour définir des référentiels vont dans le sens de cet élargissement.

1.2.3 Le rapport CC 2024 « La formation continue des médecins » conforte la nécessité de valoriser les actions non payantes pour équilibrer le dispositif, dans le cadre d'une suppression de l'obligation du DPC pour les médecins.

[24] L'objet du rapport ne porte ni sur la CP ni sur l'ensemble des professions de santé, mais sur la formation continue des médecins. Partant d'une évaluation du coût annuel de formation, il recommande la fusion des dispositifs de formation continue des médecins en supprimant l'obligation de DPC.

- L'évaluation du coût actuel de la formation des médecins

[25] La Cour a évalué le montant des dépenses constatées de 2019 à 2023 dans le périmètre de la formation continue des médecins⁸⁹, prenant en compte les charges assumées par l'ANDPC pour les médecins libéraux, les compléments financés par l'ANDPC à l'ANFH et à l'OPCO santé par convention au titre du DPC, les dépenses de l'ANFH pour le DPC médical⁹⁰, les dépenses de l'Assurance Maladie pour le financement des organismes accréditeurs, et les dépenses du FAF PM réservées par construction aux médecins libéraux. Le montant cumulé des dépenses en 2023 est de 132 M€.

- L'impact de la CP

[26] La CP ne fait pas l'objet du rapport de la Cour. Toutefois, son impact sur les besoins de financement est anticipé autour des principes suivants, qui conduisent à prévoir dans le même temps une augmentation du besoin de formation, et une réduction possible du nombre d'actions à financer par an.

[27] En premier lieu, le rapport rappelle les deux sources d'augmentation des besoins de formation. D'une part, la CP constituant une obligation sanctionnée à l'inverse du DPC, le nombre de médecins devant suivre une action cognitive doit mécaniquement augmenter compte tenu de la faiblesse constatée par la Cour du nombre de médecins formés. D'autre part, dans la mesure où les obligations ne portent plus seulement sur les deux principaux axes du DPC que sont les

⁸⁹ Tableau 7 du rapport

⁹⁰ Pour mémoire, l'ANFH considère que toute dépense de formation continue pour les médecins relève du DPC, mais en distinguant le DPC « prioritaire » relevant de la définition de l'ANDPC (c'est-à-dire répondant aux objectifs prioritaires de l'ANDPC), et le DPC « non prioritaire » relevant des actions hors OP.

formations cognitives (bloc 1 de la CP) et l'évaluation des pratiques (bloc 2 de la CP) mais désormais sur deux autres blocs pouvant comporter des formations (blocs 3 et 4), le besoin d'actions de formation a vocation à augmenter.

[28] En second lieu, la Cour souligne deux effets possibles pouvant conduire à une réduction des actions de formation à financer, Il s'agit d'une part de l'extension dans le temps de l'obligation, qui passe de deux actions en trois ans à six actions en huit ans, soit une diminution du nombre moyen d'actions chaque année. D'autre part, en fonction des référentiels qui seront validés, les actions validant la CP, notamment les actions cognitives, ne relèveront pas toutes d'actions payantes. Elles pourront consister en la valorisation qualitative d'actions individuelles ou collectives conformément au décret du 22 mars 2024

- L'intérêt de supprimer l'obligation du DPC :

[29] La mise en place de la CP assortie de la fin de l'obligation du DPC est présentée par la Cour comme un gage de simplification et de sens. Les deux principaux arguments avancés sont les suivants : d'une part, l'obligation de CP est plus complète que l'obligation de DPC, incluant les deux nouveaux blocs sur la relation entre professionnel de santé et patient, et sur la santé du médecin ; d'autre part, le maintien des deux obligations pourrait aboutir à des décisions contradictoires, se traduisant pour des professionnels par le fait d'être certifié sans avoir pour autant respecté leur obligation de DPC ou inversement.

2 Le dispositif de certification périodique n'est financièrement soutenable à financements constants que sous certaines conditions

[30] L'objectif poursuivi par la mission est d'évaluer les conditions de soutenabilité financière du dispositif de CP, tout en veillant à ce que les autres dispositifs continuent à être financés.

[31] A l'inverse des évaluations réalisées dans les rapports précédents, exposées ci-dessus, la mission inscrit délibérément son évaluation dans le cadre de la disparition de l'obligation de DPC pour les sept professions à ordre, qui constitue sa première recommandation.

[32] Le cadre posé par la mission doit être souligné d'emblée. Pour des raisons évidentes liées à la situation financière des finances publiques et de l'Assurance Maladie, il consiste à n'envisager le financement de la CP qu'à partir des financements actuels, en excluant d'emblée l'idée de financements complémentaires.

[33] Partant des données existantes et des limites méthodologiques liées à leur utilisation (2.1), la mission décrit la méthode qu'elle a développée (2.2) pour aboutir aux conditions de soutenabilité financière des dispositifs (2.3).

2.1 Malgré des sources d'information disparates, non centralisées et d'interprétation complexe, le financement disponible pour les professions à ordre est évalué en 2023 à 438 M€ hors études promotionnelles

[34] Partant de l'idée que la CP devait être financée à partir de sources de financement existantes, il est indispensable de disposer d'informations fiables sur les financements disponibles, leurs sources et leur utilisation.

[35] Les travaux réalisés par les missions précédentes, notamment la mission IGAS de 2022 sur l'état des lieux financiers de la CP, convergent sur les difficultés méthodologiques d'utilisation des données d'activité et de financement, qui imposent une prudence méthodologique dans les analyses qui en sont issues.

2.1.1 Les données proviennent d'organismes différents reposant sur des sources de financement et des objectifs différents

[36] Six organismes majeurs interviennent directement dans le financement des professions à ordre. Une monographie complète des organismes a été réalisée par la mission IGAS de 2022.

- L'Agence Nationale du Développement Professionnel Continu

[37] Ce GIP par nature centré sur le DPC, a pour mission de définir le contenu et de promouvoir le dispositif. L'ANDPC contribue au financement du DPC et de sa gestion financière pour les professionnels de santé libéraux conventionnés ou salariés des centres de santé conventionnés, et contribue au financement d'actions pour les médecins des établissements de santé et médico-sociaux.

[38] Elle est financée par le fonds d'actions conventionnelles de la CNAM dont le cadrage budgétaire pluriannuel est fixé par la COG Etat-Cnam, soit, pour la période 2024-2027 :

FONDS DES ACTIONS CONVENTIONNELLES	Exécution prévisionnelle novembre 2022	2023	2024	2025	2026	2027	TOTAL COG
Subvention ANDPC	203 915 000	198 000 000	217 000 000	251 000 000	209 000 000	225 000 000	1 100 000 000

[39] Les ressources de l'enveloppe « guichet » (dédiée au financement des actions de formation) sont établies après déduction des frais de gestion, et peuvent intégrer des reliquats de crédits non consommés de l'année précédente.

- L'Association Nationale pour la Formation permanente du personnel Hospitalier (ANFH)

[40] Association Loi de 1901, l'ANFH a pour but de collecter et de gérer les fonds de salariés hospitaliers, couvrant tous types de catégories : médecins, personnels soignants, personnels administratifs, logistiques et techniques. Plus de 97 % des établissements publics de santé adhèrent à l'ANFH, à l'exception de quelques grands opérateurs dont l'APHP, qui assure elle-même la formation de ses salariés.

[41] Elle est financée pour le plan de formation par 2,1 % de la masse salariale, 0,6 % de la masse salariale pour les études promotionnelles ; 0,2 % de la masse salariale pour les congés de formation professionnelle. Pour le DPC médical : 0,5 % de la masse salariale médicale dans les CHU et 0,75 % dans les autres établissements.

- L'OPCO Santé

[42] Il s'agit de l'un des 11 Opérateurs de Compétences issus de la loi du 05 septembre 2018 sur la formation professionnelle, régulés par France Compétences. Il a été créé sur une logique de métier. Il concerne le financement des salariés privés pour les entreprises de moins de 50 salariés. Il est opérateur pour les établissements des secteurs sanitaire et médico-social relevant de la fédération de l'hospitalisation privée, du Syndicat national des établissements et résidences privés pour personnes âgées (SYNERPA) et du NEXEM.

[43] Il gère des fonds de nature publique mis à disposition par France Compétence suite à la collecte réalisée par les URSSAF. Ces fonds permettent de financer le champ de l'alternance (contrats de professionnalisation, d'apprentissage, et l'alternance), quelle que soit la taille de l'entreprise. Il gère également la formation des entreprises de moins de 50 salariés à partir de fonds versés par France Compétence en fonction du nombre de salariés, permettant de financer le plan de formation. S'ajoutent des fonds issus des négociations collectives avec les partenaires sociaux, appelés « contributions conventionnelles », quelle que soit la taille des entreprises.

- L'OPCO Entreprises de Proximité (EP)

[44] Le rapport Bagorski-Marx, à l'origine de la loi du 05 septembre 2018, avait proposé de réunir dans un seul OPCO tous les métiers de la santé. Toutefois, en l'absence d'un accord suffisant des acteurs concernés, quelques professions de santé sont restées dans le giron de l'OPCO EP : les pharmaciens salariés et les salariés d'officine qui représentent l'essentiel du champ de la santé au sein de l'OPCO EP, et les activités salariées de médecine libérale dont la biologie de ville.

[45] L'OPCO EP intervient dans le financement de la formation des salariés d'officine et des salariés des cabinets médicaux et dentaires.

[46] L'OPCO EP est financé par une partie de la contribution professionnelle formation versée par les employeurs à hauteur de 0,55 % pour les entreprises de moins de 11 salariés et 1 % pour les entreprises de 11 salariés et plus.

- Le Fonds d'Assurance Formation de la Profession Médicale (FAF PM)

[47] Fonds d'assurance formation relevant du droit du travail, le FAF PM propose des actions de formation aux médecins ayant un exercice libéral et à leur conjoint collaborateur.

[48] Il est financé par une contribution des médecins libéraux à l'URSSAF calculée sur la base de 0,25 % du plafond de sécurité sociale pour les médecins seuls et 0,34 % pour les médecins déclarant un conjoint collaborateur. L'URSSAF reverse les sommes collectées au FAF PM après déduction de la contribution pour le Compte Personnel de Formation, de 12 % (11 % au titre du CPF et 1 % au titre du conseil en évolution professionnelle).

- Le Fonds Interprofessionnel de Formation des Professionnels Libéraux (FIF PL)

[49] Il s'agit également d'un fonds d'assurance formation relevant du droit du travail. Si le FAF PM ne couvre que les formations des médecins, le FIF PL couvre les formations de toutes les professions libérales, dont les professions de santé libérales à l'exception des médecins, des opticiens (qui sont des commerçants, dépendant de l'AGEFICE) et des prothésistes (qui dépendent du FAFCEA, Chefs d'Entreprises Artisanales).

[50] Il est financé par contribution des professionnels à l'URSSAF calculée sur la base de 0,25 % du plafond de la sécurité sociale. Les sommes sont ensuite reversées au FIF PL par France Compétence après déduction de la contribution pour le Compte Professionnel de Formation de 12 % (11 % au titre du CPF et 1 % au titre du conseil en évolution professionnelle).

- Les autres financeurs

[51] S'ajoutent de façon beaucoup plus minoritaire en nombre de personnes concernées et en financement le Centre National de la Fonction Publique Territoriale pour des salariés relevant de la fonction publique territoriale, ainsi que plusieurs autres OPCO selon les branches concernées, notamment l'OPCO Cohésion Sociale (Uniformation) pour les infirmiers des SSIAD, les médecins et infirmiers du régime général de la Sécurité Sociale).

[52] Par ailleurs, certains établissements de santé comme l'AP-HP financent la formation de leurs salariés sur ressources propres.

2.1.2 Les définitions et les champs d'intervention sont différents, ce qui impose une prudence méthodologique dans l'utilisation des données.

[53] Dans la mesure où la mission s'astreint à faire des propositions à financement constant, mais dans le cadre de la disparition de l'obligation de DPC pour les professions à ordre, il est indispensable d'identifier les actions financées antérieurement pour le DPC de ces professions, ce qui est pose d'importants problèmes méthodologiques.

2.1.2.1 La définition du DPC n'est pas la même pour tous les organismes

- Pour l'ANDPC, ne peuvent être considérées comme relevant du DPC que les actions définies dans le cadre des orientations prioritaires qu'elle produit, et réalisées par des organismes qu'elle agréé. Cette définition est en soi sujette à interprétation, comme indiqué en annexe 1, et contraire aux textes.
- Pour l'ANFH, toute action de formation dédiée au personnel médical fait partie du DPC médical. Toutefois, l'ANFH identifie les actions du Programme d'Actions Prioritaires (PAP) qui s'inscrivent dans une orientation nationale, sont conformes à une méthode HAS et sont présentes sur la plateforme de l'ANDPC et les actions « Non PAP ». Les actions du PAP peuvent bénéficier d'un soutien de financement de l'ANDPC par le biais de la convention entre l'ANFH et l'ANDPC. Pour ce qui concerne le personnel non médical, il n'existe aucun crédit spécifique consacré au DPC, ni financement par l'ANDPC.
- L'OPCO santé identifie les professions bénéficiant d'un financement, mais sans faire de distinction entre les actions DPC et les actions relevant du plan de formation des établissements.

- Le FAF PM ne finance pour les médecins que les formations hors DPC (hors OP), ainsi que la part dépassant le plafond de l'ANDPC pour les formations de DPC, sauf pour les médecins libéraux remplaçants qui peuvent demander une prise en charge individuelle pour des actions enregistrées auprès de l'ANDPC.

2.1.2.2 La façon d'identifier les actions financées et leurs bénéficiaires n'est pas standardisée

- L'ANDPC et l'ANFH peuvent retrouver dans leurs systèmes d'information le nombre d'actions financées et le nombre de bénéficiaires, par type de « formation DPC » : actions de formation continue, actions d'EPP, actions de GDR, programmes intégrés. Toutefois, le nombre total de bénéficiaires est inférieur à la somme des bénéficiaires de chaque catégorie, car un même bénéficiaire peut avoir des actions dans différentes catégories.
- L'OPCO santé ne différencie pas le nombre d'actions réalisées et le nombre de stagiaires. Ainsi deux actions réalisées pour une même personne comptent à raison de deux actions et deux stagiaires.

2.1.2.3 Le périmètre des programmes et types d'actions financés est différent selon les financeurs

- L'ANDPC finance des actions de formation continue, EPP, GDR ou programmes intégrés mises en œuvre par des organismes de DPC validés comme tels par l'Agence.
- L'ANFH finance les plans de formation des établissements adhérents, le DPC médical, les formations de reconversion (CPF, valorisation des acquis professionnels, bilans de compétence), les études promotionnelles, la formation professionnelle des travailleurs handicapés accueillis.
- L'OPCO santé finance les formations des professionnels inscrites dans le plan de formation des établissements de moins de 50 salariés ou dans le cadre de la cotisation additionnelle de la branche FEHAP, le tutorat, l'apprentissage, la promotion par alternance, les contrats de professionnalisation et le CPF.
- Le FAF PM finance les formations et les congrès. Il a cessé de financer les DU depuis la mise en place du CPF assorti d'une ponction de 11 % sur sa collecte annuelle destinée aux CPF ; il a par ailleurs cessé de financer les formations à la maîtrise de stage depuis le 01/05/2024, qui entrent désormais dans le champ des OP de l'ANDPC.

2.1.2.4 Les objets financés sont différents selon les financeurs, avec un impact important sur le coût moyen des formations

- L'ANDPC finance les frais pédagogiques, les frais d'inscription, les frais de trajet et charges hôtelières, dans les conditions décrites en annexe 1, sans base légale suffisante comme cela a été indiqué dans plusieurs rapports, dont le rapport de la Cour des Comptes de 2024.

- L'ANFH finance les frais pédagogiques et les frais d'inscription et frais de trajets et d'hôtelières, et peut selon les agréments financer des dépenses de remplacement pour le plan de formation non médical, ainsi que pour le personnel médical dans le cas des programmes d'actions prioritaires, dans la limite de 30 % du coût total de l'action.
- L'OPCO santé finance les frais pédagogiques, les frais de trajet et d'hôtellerie et les salaires.
- Le FAF PM finance les frais pédagogiques et les frais d'inscription aux congrès ayant un lien direct avec l'exercice d'activité du médecin, mais dans la limite des fonds disponibles.
- Le FIF PL ne finance que les frais pédagogiques.

2.1.3 Le financement existant du maintien ou de l'amélioration des compétences pour les professions à ordre assuré par les six opérateurs principaux est évalué à 546 M€ en 2023 tout compris, et à 438 M€ hors compte de formation professionnelle et études promotionnelles.

[54] L'objet étant d'identifier l'utilisation actuelle des financements passant par des organismes dédiés, et non pas de définir le coût national global des dispositifs de formation et de maintien des compétences, la mission a exclu les opérateurs de santé assurant leur propre financement des actions de formation.

[55] La mission a recensé les financements effectués au bénéfice des professions de toutes les professions de santé, en identifiant les professions à ordre, à partir d'un tableau envoyé à l'identique aux différents financeurs, détaillant par type d'action (selon la définition de l'ANDPC, c'est-à-dire formation continue / EPP/ GDR/ programmes intégrés) le nombre d'actions financées, le montant financier engagé, et le nombre de professionnels ayant bénéficié des actions.

[56] Les informations fournies n'ont pas permis d'avoir une vision pluriannuelle de chaînage par bénéficiaire, qui aurait conduit à savoir combien d'actions en moyenne est financée pour chaque professionnel sur trois ans, c'est-à-dire sur une période du triennal de DPC. La demande d'informations a donc porté sur trois années différentes : 2021, 2022, 2023. Les données de 2021 ont été sollicitées pour s'assurer d'une convergence avec les données du rapport IGAS de 2022.

[57] Comme indiqué supra, le contenu des actions est différent d'un organisme de financement à l'autre. Toutefois, ont pu être identifiés les financements des actions « guichet » de formation et les financements des actions sur CFP et d'études promotionnelles.

[58] L'objectif est de décrire les financements réalisés sur une base identique de façon à pouvoir comparer le coût moyen des formations financées en réduisant les biais.

- pour l'ANFH, le chiffre comprend les actions de formation à la maîtrise de stage universitaire, qu'elle a repris en 2023 ;

- pour l'ANDPC, le montant total dépensé pour les professions à ordre ne contient pas les « type 4 » (études promotionnelles) ni « type 9 » (apprentissage)⁹¹. L'écart porte intégralement sur les IDE. Le montant engagé en 2023 toutes actions comprises est de 205,5 M€. Expurgé des actions de type 4 et 9, il est réduit de moitié, soit à 103,9 M€.
- pour l'OPCO santé, n'ont été retenues que les dépenses engagées au titre du Plan (le financement des plans de formation des institutions privées concernées) et de formation au tuteur.
- Les chiffres du FIF PL et du FAF PM correspondent aux actions de formation financées, intégrant pour quelques-unes des formations diplômantes, comme c'est le cas pour les autres organismes de financement.

[59] Dans ce cadre méthodologique, les éléments reçus aboutissent à la synthèse suivante :

Tableau 1 : Financement des actions de formation par financeur et catégorie juridique de bénéficiaire en 2023

Financements 2023			
	salariés	non salariés	total
ANFH	145 721 252		145 721 252
OPCO S	33 034 966		33 034 966
ANDPC		214 471 296	214 471 296
FAF PM		12 766 554	12 766 554
FIF PL		32 611 768	32 611 768
total	178 756 218	259 849 618	438 605 836
Part en %	40,76	59,24	100

Source : Mission, à partir des informations données par chaque financeur

[60] La répartition des financements par financeurs entre salariés et non salariés est la clé utilisée pour définir le coût moyen pondéré des actions financées.

[61] Il convient de préciser que les conventions entre l'ANDPC d'un côté et l'ANFH et l'OPCO santé de l'autre devraient aboutir à la participation de l'ANDPC pour un montant annuel de 5 M€. Toutefois, pour les raisons exposées dans l'annexe 1, les conventions n'ont pas été signées au moment de la rédaction du présent rapport pour 2024.

⁹¹ Selon la typologie d'actions de formation décrite par le décret n°2008-824 du 21 août 2008 modifiée par le décret n° 2021-1209 du 20 septembre 2021.

[62] Part des financements par financeur et catégorie juridique de bénéficiaires

	Salariés		Non-salariés		
	ANFH	OPCO S	ANDPC	FAF PM	FIF PL
Part %	81,5	18,5	82,5	4,9	12,6

Source : Mission

2.2 La méthode d'évaluation proposée par la mission vise à définir le nombre maximum de formations payantes finançables par profession à ordre

2.2.1 Le nombre de professionnels de santé-cible

[63] La mission s'est appuyée sur les chiffres produits dans le rapport d'évaluation du COP 2028-2021⁹² pour identifier le nombre de professionnels concernés par la CP, en un an et en six ans. Les chiffres représentent pour chacune des 28 professions de santé concernées par le DPC l'effectif des actifs et de certains retraités. Il est donc plus élevé que le seul nombre des actifs de moins de 62 ans à la date du /01/01/2022, mais plus exact également car de nombreux professionnels de santé ne s'arrêtent pas à 62 ans. La séparation entre salariés et professionnels ayant un exercice libéral et/ou mixte est strictement reprise du rapport de 2022, centré uniquement sur les sept professions à ordre. Sont décomptés du côté des salariés tous les professionnels, y-compris ceux dont les actions de formation sont financées par leur institution comme l'AP-HP, sans passer par un organisme extérieur.

Tableau 2 : Nombre de professionnels de santé à ordre

	salariés	libéraux/mixtes	total	% salariés	% libéraux
IDE	514 287	135 027	649 314	79,20	20,80
Médecins	101 348	127 510	228 858	44,28	55,72
MK	15 934	75 551	91 485	17,42	82,58
Pharma	44 943	28 631	73 574	61,09	38,91
CD	6 919	37 228	44 147	15,67	84,33
SF	15 417	8 347	23 764	64,88	35,12
PP	178	13 782	13 960	1,28	98,72
total	699 026	426 076	1 125 102	62,13	37,87

⁹² Annexe 4, page 145 : « Les professions soumises à l'obligation de DPC : éléments institutionnels et effectifs »

Source : Mission IGAS 2023 « Evaluation du COP de l'ANDPC »

2.2.2 Un coût moyen par action très supérieur pour l'ANDPC que pour les autres financeurs

[64] Dans un troisième temps, la mission a calculé le coût moyen des formations en divisant les montant annuels engagés par le nombre d'actions financées. Plusieurs points méthodologiques doivent être mis en exergue :

- Comme indiqué supra, la définition du nombre d'actions engagées n'est pas précise. La mission a sommé les actions réalisées dans différentes catégories (formation continue / Evaluation des pratiques professionnelles / GDR/ programmes intégrés) mais la somme est probablement supérieure au nombre réel de formations dispensées, car certaines actions ont pu être décomptées dans plusieurs catégories différentes.
- Le contenu des coûts est différent. Pour l'ANDPC, il comprend l'indemnisation des professionnels, ce qui n'est pas le cas pour les autres financeurs à quelques exceptions près.

Tableau 3 : Coût moyen des actions financées par profession, par catégorie juridique de bénéficiaire et par financeur

	salariés				non salariés		
	ANFH total	ANFH sans EP ni CFP	OPCO S total	OPCO plan	ANDPC	FAF PM	FIF PL
Medecins	624	624	578	565	1036	362	
Pharma	517	517	666	617	795		395
Chir dent	711	711	1022	1028	892		435
SF	394	394	509	510	932		435
IDE	666	342	535	463	748		480
MK	563	516	975	508	823		557
PP	384	383	691	691	874		570

Source : Mission, à partir des éléments fournis par les financeurs

[65] Pour pouvoir utiliser un coût moyen méthodologiquement acceptable par profession concernée, la mission a pondéré les coûts moyens bruts, d'abord par catégorie juridique de public (salariés / libéraux) puis ensemble. A titre d'exemple :

- au sein des bénéficiaires salariés financés par l'ANFH et l'OPCO santé, l'ANFH représente 81,5 % des financements et l'OPCO santé 18,5 %. (Cf : Tableau 2 supra).

- Le coût moyen pour les médecins des actions, respectivement de 624€ et 565€, donne lieu à un coût moyen pondéré calculé en appliquant la part globale de financement de chaque financeur sur l'ensemble : $(624€ \times 81,5 \%) + (565€ \times 18,5 \%)$, ce qui fait un coût moyen pondéré des actions délivrées aux médecins de 613€.
- Le raisonnement est appliqué à l'ensemble des salariés par profession puis à l'ensemble des libéraux par profession.
- Dans une dernière colonne, le coût moyen pondéré par profession des actions en faveur des salariés est pondéré avec celui des libéraux au prorata de la part globale des financements totaux pour les salariés et les libéraux. Cette part est respectivement de 52,4 % pour les salariés et 47,58 % pour les libéraux (intégrant l'ensemble des formations, dont les études promotionnelles par exemple).
- Ce schéma est reproduit pour chaque profession, aboutissant au tableau suivant.

Tableau 4 : Coût moyen pondéré des actions financées profession et financeur

	salariés		P	libéraux			P	P globale
	ANFH sans 4/9	OPCOS plan		ANDPC	FAF PM	FIF PL		
Medecins	624	565	613	1036	362		873	736
Pharma	517	617	535	795		395	706	616
CD	711	1028	770	892		435	791	780
SF	394	510	415	932		435	824	609
IDE	342	463	364	748		480	678	513
MK	516	508	515	823		557	749	626
PP	383	691	440	874		570	793	608

Source : Mission

2.2.3 L'évaluation du nombre d'actions finançables

[66] Pour évaluer par profession le nombre d'actions finançables, il a été procédé à la méthode suivante, partant de l'hypothèse que ce qui est aujourd'hui financé par les OPCO et Fonds est éligible à la certification périodique.

- Le montant annuel des engagements par profession a été divisé par le coût moyen pondéré des actions, ce qui permet de définir le nombre d'actions finançables annuellement.
- Le montant annuel du budget a été multiplié par six pour définir le budget théorique disponible sur 6 ans.

- Le nombre d'actions finançables sur 6 ans est égal au budget théorique sur 6 ans divisé par le coût moyen pondéré de chaque action.
- Le nombre d'actions finançables par professionnel sur 6 ans est égal au nombre d'actions théorique divisé par le nombre de professionnels par profession établi plus haut en 2.2.1.

Tableau 5 : Nombre d'actions finançables sur 6 ans par profession à ordre

	Nombre d'actions finançables					
	Financement sur 1 an €	Coût moyen pondéré	Budget sur 6 ans €	Nombre actions financées sur 6 ans	Nombre de PS cible	Actions finançables par PS sur 6 ans
médecins	137 293 603	736	823 761 618	1 118 502	228 858	4,89
pharmaciens	19 276 764	616	115 660 584	187 653	73 574	2,55
CD	29 952 009	780	179 712 054	230 497	44 145	5,22
SF	12 538 447	609	75 230 682	123 445	23 764	5,19
IDE	194 091 458	513	1 164 548 748	2 269 380	649 314	3,50
MK	38 864 738	626	233 188 428	372 514	91 485	4,07
PP	6 588 817	608	39 532 902	65 065	13 960	4,66
total	438 605 836		2 631 635 016	4 367 057	1 125 100	3,88

Source : Mission

[67] Sous les réserves méthodologiques évoquées, les financements existant aujourd'hui pour les professions à ordre permettraient de financer en moyenne globale 3,8 actions par professionnel de santé sur 6 ans, avec des différences entre les professions.

2.3 Les conditions de soutenabilité des financements

[68] La méthode d'évaluation retenue exposée ci-dessus consiste à isoler les dépenses de formation consacrées aux professionnels à ordre, qu'elles soient réalisées dans le cadre du DPC ou non. Dans la mesure où la mission recommande de supprimer l'obligation de DPC, cette méthode permet d'isoler des engagements financiers existants pour les professions à ordre et de considérer qu'ils peuvent être consacrés aux actions réalisées à titre onéreux dans le cadre de la CP. Elle permet également de préserver intégralement le financement des autres professions sans ordre.

[69] Le dispositif global a pour but de rendre obligatoire la réalisation de huit actions en six ans pour tous les professionnels à ordre. Le point de départ est beaucoup plus faible, puisque selon le rapport établi par la mission IGAS de 2022, environ 370 000 professionnels à ordre bénéficient

d'une formation payante, et 23,3 % de la population cible a validé son compte de DPC sur la période 2017-2019.

[70] Il est donc essentiel de s'assurer que le nombre d'actions finançables, établi ci-dessus en 2.2, participe de façon cohérente aux objectifs de certification dans un contexte d'augmentation obligatoire du nombre de bénéficiaires de formation, la certification périodique constituant une obligation sanctionnée.

[71] Le croisement des actions finançables et des référentiels non encore validés de CP permet de conclure à la soutenabilité financière du dispositif (2.3.1), sous réserve toutefois de conditions strictes de mise en œuvre (2.3.2).

2.3.1 Le nombre d'actions finançables est cohérent avec les projets de référentiels

[72] Dans le cadre de l'arrêté du 09 février 2023 définissant la méthode d'élaboration des référentiels de CP, les CNP ont rédigé des projets de référentiel, analysés dans l'annexe 2.

[73] Les référentiels proposés constituent pour beaucoup à la fois des référentiels au sens d'un « cahier des charges » d'actions de CP, et des projets d'actions possibles. Ils donnent une idée de ce que pourront être les actions proposées au choix des professionnels de santé concernés.

[74] L'encadré ci-dessous présente un exemple des propositions qui sont faites à date par un CNP, dans le cadre de la Fédération des Spécialités Médicales. Dans la mesure où les référentiels ne sont pas encore validés, l'identité du CNP est volontairement masquée, mais l'encadré reprend in extenso ce qui est proposé pour le bloc 1 de la CP.

Exemple de propositions de référentiels d'un CNP

Bloc 1 : Actualiser les connaissances et les compétences

- 1/ action de formation au titre du DPC organisée par un ODPC
- 2/ action de formation, à caractère scientifique ou professionnel, dispensées par des organismes listés en préambule
- 3/ action de formation à caractère scientifique ou professionnel dispensée au cours d'un congrès de la discipline
- 4/ formations diplômantes ou certifiantes organisées par les universités ou autres
- 5/ activité d'enseignement délivrée dans le cadre d'une université en formation initiale ou continue
- 6/ activité de recherche (participation à des études cliniques ou épidémiologiques institutionnelles) effectuée dans le cadre d'une unité de recherche labellisée par un EPST, d'une université, d'un appel d'offre national ou international
- 7/ formation à la Maîtrise de stage universitaire
- 8/ publication d'article, ou de revue de lecture, ou commentaire d'articles, dans des revues référencées à comité de lecture indépendant
- 9/ participation effective au comité éditorial de revue scientifique
- 10/ programmes intégrés au titre du DPC ou dispensés par les organismes listés en préambule (Test de concordance de scripts, simulation en santé, analyse de cas cliniques ...)

- 11/ participation active aux groupes de travail de la société savante
- 12/ participation aux réunions de concertation pluridisciplinaires intéressant la spécialité
- 13/ participation à des réunions de bibliographie, commentaires d'articles, revenu de la littérature dans la discipline
- 14/ abonnement à une revue nationale ou internationale
- 15/ action « hors liste » à évaluer / valider par le CNP

[75] Certaines spécialités médicales ont fait des propositions en dehors de la FSM, prenant un parti d'analyse et de présentation un peu différent, davantage centré sur la notion de « cahier des charges » d'actions que sur les actions elles-mêmes. Un projet de référentiel concernant les médecins généralistes a été produit.

[76] Pour ce qui concerne les professions à ordre ne relevant pas de l'ordre des médecins, la mission a eu connaissance du document de travail des chirurgiens-dentistes, des pharmaciens, des masseurs-kinésithérapeutes, et de deux CNP d'infirmiers. Elle n'a pas eu communication de document concernant les sage-femmes ni les pédicures-podologues.

[77] La mission a analysé les propositions afin de mettre en exergue le nombre d'actions proposées pour chacun des quatre axes, et d'identifier la part relative des actions payantes et des actions réalisables sans avoir recours à un financement spécifique. L'analyse repose sur les points méthodologiques suivants :

- sont exclues les « actions libres » soumises à validation du CNP, dont la nature n'est par construction par définie.
- lorsqu'un groupe d'actions est présenté (ex ci-dessous : « publication d'articles, revue de lecture, ou commentaire d'articles) il est compté une fois.
- inversement, chaque action présentée isolément est comptée pour une action. (ex : 1/ publication d'articles 2/ revue de lecture = deux actions différentes).
- les actions ont été classées selon qu'elles sont payantes ou non. Ce point prête toutefois à interprétation. En effet, s'il n'y a aucun doute sur les actions de formation réalisées par un organisme spécifique, en revanche certaines actions sont parfois payantes, parfois ne font l'objet d'aucune facturation. Par exemple : au sein d'un établissement de santé donné, la simulation en santé n'est pas nécessairement payante pour les professionnels de l'établissement, mais elle peut l'être dans le cadre d'une formation à la simulation dans un autre établissement. Par convention, la mission a classé la simulation et les tests de concordance de script dans les actions non payantes, mais inversement elle a considéré comme payante la validation des actions d'accréditation des professions à risque.

[78] L'analyse n'a pas porté sur l'intégralité des propositions des CNP, mais sur les CNP suivants :

- Un échantillon de CNP de spécialités médicales représentant des activités de médecine, de chirurgie, de médecins physique et de réadaptation, des plateaux médico-techniques (biologie et imagerie), de psychiatrie, d'urgences et de réanimation.
- Les propositions des deux CNP d'infirmiers

- Les propositions pour les masseurs-kinésithérapeutes
- Les propositions pour les chirurgiens-dentistes
- Les propositions pour les pharmaciens.

	Part des actions payantes	Nombre théorique d'actions payantes sur 8 actions en 6 ans	Nombre d'actions payantes finançables
Médecins	33 %	2,6	4,8
Pharmaciens	51 %	4	2,5
Chirurgiens-dentistes	36 %	2,8	5,2
Infirmiers	16 %	1,28	3,5
Masseurs-kinésithérapeutes	32 %	2,5	4

[79] La troisième colonne « nombre théorique d'actions payantes sur 8 ans en 6 ans » correspond au pourcentage d'actions payantes de la deuxième colonne multiplié par huit.

[80] L'évaluation ainsi réalisée comporte de nombreux biais méthodologiques. L'un des principaux biais est constitué par les écarts constatés sur les CNP, la moyenne pour les médecins n'étant pas représentative des écarts-types assez importants qui sont constatés. Toutefois, il permet d'indiquer qu'au total, les financements disponibles annuellement à ce jour pour les professions à ordre, extrapolés sur 6 ans, apparaissent suffisants pour couvrir les besoins en formations payantes à trois conditions méthodologiques essentielles :

- à condition que chaque professionnel ait une « consommation d'actions » globalement identique à ce que représente la part des actions payantes sur l'ensemble des actions de son propre CNP
- à condition que soit garantie une répartition équilibrée des actions payantes sur chaque année.
- à condition que tous les financements actuels soient éligibles à la CP.

2.3.2 Des conditions s'imposent pour que le dispositif soit soutenable

2.3.2.1 Harmoniser les modalités de décompte dans les SI pour que l'Etat conserve une vision du dispositif

[81] En amont, il est indispensable que l'Etat, l'Assurance Maladie, la HAS en tant que régulateurs, le CNCP et le Haut Conseil du DPC en tant que pilotes, les financeurs, et les professionnels de santé via les CNP puissent disposer d'une information annuelle fiable permettant de faire un point lisible sur le financement des dispositifs de maintien et d'amélioration des compétences.

[82] A cette fin, il est nécessaire d'harmoniser les définitions et les modalités de calcul. Cela concerne :

- la définition des objets financés : les types de formations financées, les frais couverts (notamment frais pédagogiques, inscriptions aux congrès, frais logistiques, indemnisation, financement de remplacement) ;
- la définition du DPC. A cet égard, la suppression de l'obligation de DPC et la transformation de l'ANDPC proposées dans le présent rapport donnent l'opportunité de fonder le DPC sur une définition nouvelle, précise et partagée ;
- la définition du nombre d'actions financées et du nombre de bénéficiaires ;
- le chaînage pluriannuel des formations par professionnel concerné.

[83] La mission recommande que ces définitions fassent l'objet d'un accord entre représentants des financeur et représentants des financeurs, sous l'égide de l'Etat. Elles devront impacter les systèmes d'information des financeurs, pour qu'une information cohérente et standardisée soit produite.

2.3.2.2 Limiter le nombre d'actions payantes

[84] La possibilité de recourir à des actions payantes est conditionnée par les enveloppes disponibles. Il est donc nécessaire que soit défini un nombre possible d'actions payantes à financer pour les professions à ordre d'une part chaque année, d'autre part de façon pluriannuelle, décliné par personne au sein de chaque profession.

[85] Cette limitation doit être constituée par un « droit de tirage individuel » pour chaque professionnel concerné, dont il doit avoir la lisibilité sur son compte personnel.

[86] Dans la mesure où la CP repose sur un panel très large d'actions non payantes prévues dans les référentiels, et où le DPC est amené à élargir la base des actions validantes sur des actions non payantes, le compte individuel doit indiquer cette limite convenue à l'avance et potentiellement révisable en fonction des niveaux de financements disponibles.

2.3.2.3 Limiter le coût des actions financées pour pouvoir bénéficier d'une augmentation de leur nombre

[87] Les coûts moyens des différentes formations calculés figurant dans le tableau 4 ci-dessus indiquent des différences très notoires entre les financeurs et les parcours. A l'instar de la Cour des Comptes dans son rapport de 2024, la mission note le coût sensiblement plus élevé des formations proposées par l'ANDPC par rapport aux autres financeurs : presque le double du coût de l'OPCO santé, pour les médecins, et deux-tiers de plus par rapport à l'ANFH. Naturellement les coûts ne sont pas directement comparables, puisqu'ils intègrent à l'ANDPC l'indemnisation du temps de formation.

[88] Pour autant, la meilleure maîtrise du coût des formations et sa réduction doit constituer une cible pour permettre d'augmenter le nombre de formations payantes. Plusieurs actions doivent être privilégiées :

- la montée en charge des actions proposées par des opérateurs publics, notamment des universités, à la faveur d'une modification des règles de sélection des organismes agréés, dans le respect des règles de la concurrence ;

- l'alignement de la prise en charge des frais pédagogiques à la session et non au forfait horaire, comme le fait aujourd'hui, seule, l'ANDPC ;
- la mise en place de barèmes de financement des formations en e-learning et des conditions de versement des indemnités compensatrices ;
- la définition de règles communes de financement, pour réduire les actions engagées mais non terminées. Une discussion devrait être ouverte au sujet des modalités même de remboursement : soit le maintien du système actuel d'un financement intégral par les financeurs en amont de la formation ; soit un principe d'avance des frais par les professionnels, suivi d'un remboursement effectif sous réserve que la formation ait été intégralement suivie.

2.3.2.4 Mettre en place une pondération des actions

[89] La pondération des actions avait été proposée par la mission IGAS de 2020 préparatoire à l'ordonnance de 2021, mais n'avait pas été retenue. Elle est pourtant proposée par certains CNP. A titre d'exemple, le CNP des infirmiers anesthésistes-réanimateurs préconise que les actions soient affectées d'un nombre de crédits, permettant d'atteindre 100 crédits sur six ans.

[90] La pondération n'est pas directement liée au coût des formations payantes, même si celui-ci est naturellement en partie influencé par la durée des formations. Toutefois, elle est le corollaire indispensable à un système validant à la fois des actions payantes dont le nombre doit être limité, et des actions non payantes.

ANNEXE 4 : Historique des dispositifs français cumulatifs de maintien des compétences et d'amélioration des pratiques, et multiplicité des intervenants

1 Les différents dispositifs mis en œuvre depuis 1996

1.1 La formation médicale continue, devenue développement professionnel continu

[1] Relevant jusque-là d'une obligation déontologique, la formation continue est devenue obligatoire et opposable pour les médecins à compter de l'ordonnance n° 96-345 du 24 avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins.

[2] La Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie a introduit l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) pour les médecins ajoutant ainsi aux actions cognitives de formation continue des actions réflexives sur les pratiques.

[3] Ces deux dispositifs (formation continue et EPP) ont été réunis dans le développement professionnel continu à compter de la promulgation de la Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. Alors obligation annuelle, le DPC était étendu aux professions paramédicales, géré par l'organisme de gestion du développement professionnel continu (OGDPC).

[4] La HAS définit le DPC comme correspondant ainsi à une démarche professionnelle continue qui repose sur l'identification et la mise en œuvre, dans sa pratique quotidienne, d'actions concrètes d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. Il permet de combiner les activités de formation et d'analyse des pratiques dans le cadre d'une démarche permanente (sans ordre prédéfini de ces activités).

[5] La loi N° 2016-41 du 26 janvier 2016 a visé à mieux distinguer le DPC de la formation tout au long de la vie en la recentrant sur des enjeux de santé publique et de sécurité des soins grâce à un dispositif d'édiction d'orientations prioritaires triennales et un dispositif plus sélectif d'enregistrement des organismes dispensant des actions de DPC. Ainsi :

[6] Les professionnels de santé doivent valider un parcours de DPC sur une période de trois ans et non plus annuellement.

- L'obligation pour les ODPC de dispenser des programmes intégrés mêlant formation continue et évaluation des pratiques est abandonnée, le principe demeurant néanmoins que les professionnels de santé doivent, sur la période de trois ans, suivre un parcours

comportant formation, évaluation des pratiques et gestion des risques ; 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.

- La gestion du DPC est confiée à l'Agence nationale du développement professionnel continu qui succède ainsi à l'organisme gestionnaire du DPC. L'analyse des demandes d'enregistrement des ODPC par des commissions scientifiques indépendantes, ingérable compte tenu du nombre d'organismes, est supprimé au profit d'une instruction des demandes par les services de l'Agence. Le rôle des conseils nationaux professionnels (CNP), qui proposent des orientations prioritaires de DPC par spécialité et peuvent proposer des parcours de DPC propres à leur discipline, est inscrit dans le code de la santé publique.

1.2 La validation des compétences existe depuis 2004 : l'accréditation des spécialités à risques

[7] Cette procédure est encadrée par la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, notamment le III de son article 16 ; et le Décret n° 2006-909 du 21 juillet 2006 relatif à l'accréditation de la qualité de la pratique professionnelle des médecins et des équipes médicales exerçant en établissements de santé.

[8] Ce dispositif ne concerne que les spécialités médicales dites à risques. 16 des 19 spécialités concernées disposent d'un organisme agréé pour réaliser cette accréditation. Cependant, une réflexion est en cours en vue de son extension aux pharmaciens hospitaliers et équipes des services d'urgence.

[9] A l'origine individuelle, l'accréditation a, à compter de 2012, été étendue aux équipes pour les organismes agréés qui développent un programme équipe (4 à ce jour). Dans ce cas, chaque médecin de l'équipe doit être engagé dans un processus d'accréditation et avoir dépassé la phase de bilan. Ainsi, l'accréditation « équipe » permet, au-delà de l'accréditation individuelle des médecins, de mettre en valeur la démarche équipe.

[10] Pour être agréé, un organisme doit rédiger un référentiel risque pour sa spécialité, qui tient compte du cahier des charges de la HAS. La HAS accompagne chaque OA dans la rédaction de son programme.

[11] Le programme socle défini par la HAS comporte cinq axes :

- 1/ le travail en équipe : toute activité permettant de montrer les efforts ou les résultats de l'équipe concernant la concertation, la collaboration ou la communication (par exemple, élaboration de protocoles communs ou mise en œuvre de la check-list au bloc opératoire).
- 2/ la sécurité du patient : déclaration d'événements indésirables associés aux soins (EIAS). Le nombre d'EIAS à déclarer est défini par chaque spécialité. Ces EIAS sont analysés localement, en lien avec l'établissement de santé, et idéalement en réunion de morbidité et de mortalité (RMM). Il est également attendu que les médecins et équipes détectent des situations à risques dans leurs pratiques et mettent en place, dans ce cadre, des protocoles pour prévenir, récupérer ou atténuer d'éventuels EIAS.

- 3/ l'amélioration des pratiques : toute activité cognitive classique (congrès, activités de développement professionnel continu, formations, listes de recommandations proposées par l'OA et les sociétés savantes de la discipline...) et toute activité d'évaluation/amélioration des pratiques (pertinence, protocolisation de l'activité selon les recommandations, audits, suivi d'indicateurs, registres, réunion de concertation pluridisciplinaire, évaluation des pratiques professionnelles, recherche clinique, publications...).
- 4/ l'amélioration de la relation avec les patients : toute activité permettant de montrer les efforts ou les résultats portant sur l'amélioration de la relation avec le patient, composante fondamentale de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.
- 5/ l'amélioration de la santé du professionnel : toute activité permettant de préserver la santé des professionnels, élément constituant de la qualité des soins et de la capacité à mettre en œuvre une relation thérapeutique de qualité.

[12] Chaque OA adapte ensuite le programme à sa spécialité.

[13] Le directeur de l'établissement et le président de la CME ou conférence médicale d'établissement reçoivent un courrier de la HAS afin de les informer que le médecin ou l'équipe est accrédité. Par ailleurs, la Caisse nationale d'assurance maladie est annuellement informée. Enfin, l'accréditation des médecins est accessible au public en open data.

[14] Les employeurs sont invités à encourager les médecins à s'accréditer : Il est demandé dans le cadre de la certification des établissements de santé que la gouvernance aide les médecins éligibles à s'accréditer (Critère 3.7-06). L'accréditation vaut évaluation des pratiques professionnelles. L'engagement dans une démarche d'accréditation vaut également DPC. Cependant, le cycle d'accréditation est de quatre ans sous réserve d'un bilan annuel (trois ans pour le DPC).

[15] S'agissant de la certification périodique, le décret n°2024-258 du 22 mars 2024 indique que les actions des référentiels d'accréditation doivent figurer dans les référentiels des spécialités. Là encore, la durée n'est pas la même (quatre ans pour l'accréditation, six ans pour la certification périodique).

[16] Au 6 juin 2024, 10 010 médecins étaient actifs dans la démarche d'accréditation : 2 194 engagés et 816 accrédités dont 3 614 en équipe soit 36 % des médecins ; 480 équipes sont actives : 43 accréditées, 137 engagées

[17] La certification des établissements de santé tient compte des compétences des professionnels de santé. La procédure de certification initialement appelée « accréditation », mise en place à partir de 1996, s'impose à l'ensemble des établissements de santé en application des articles L. 6113-3 et suivants du code de la santé publique. La procédure de certification est élaborée et mise en œuvre par la HAS.

[18] La certification est une procédure indépendante d'évaluation obligatoire du niveau de qualité et de sécurité des soins dans les établissements de santé, publics et privés. Elle est réalisée tous les 4 ans par des professionnels (des pairs) mandatés par la HAS, les experts-visiteurs.

[19] **Cette démarche est réalisée selon des standards internationaux** : la HAS est elle-même évaluée par *l'International Society for Quality in Health Care (ISQua) via l'International accreditation program (IAP)*, le programme international qui accrédite les organismes qui accréditent des structures de soins. En octobre 2021, la HAS a été accréditée par l'ISQua pour ce référentiel de certification des établissements de santé pour la qualité et la sécurité des soins.

[20] Lors d'une visite de l'établissement, les experts-visiteurs évaluent le niveau de la qualité des soins. Ils s'appuient sur le référentiel de certification qui contient 15 objectifs déclinés en critères.

[21] Chaque critère est évalué par des méthodes d'évaluation proches du terrain conduites par plusieurs experts-visiteurs.

[22] Les compétences des équipes sont notamment prises en compte par le critère 3.4-03 Les connaissances et les compétences individuelles et collectives des équipes sont assurées » et 3.7-06 L'accréditation Aes médecins et Aes équipes médicales est promue dans l'établissement »

[23] Au total, 85 % des établissements visités sont certifiés : 63 % ont reçu la mention « Qualité de soins confirmés » et 22 % la mention « Haute qualité.

1.3 La certification périodique des professions à ordres s'ajoute à ces dispositifs

[24] La certification périodique instaurée par l'ordonnance du 19 juillet 2021 sera obligatoire à partir du 1er janvier 2023 pour les professionnels de santé à ordre : médecins, chirurgiens-dentistes, sage-femmes, pharmaciens, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, et pédicures-podologues.

[25] Ils devront dès lors justifier du respect de cette obligation tous les six ans pour les nouveaux professionnels au 1er janvier 2023, et dans un délai de neuf ans pour les professionnels déjà en exercice à cette date. L'ordonnance du 19 juillet 2021 détermine les principes structurants de ce dispositif (objectifs, périmètre, périodicité, gouvernance et pilotage, contrôle), dont les modalités d'application seront concertées avec l'ensemble des parties prenantes et définies par voie réglementaire. Au terme de l'article L 4022-2. I du code la santé publique, quatre « blocs » sont identifiés pour lesquels les professionnels de santé devront apporter la preuve qu'ils ont réalisé des actions sur la période des six ou neuf ans :

- Actualiser leurs connaissances et leurs compétences ;
- Renforcer la qualité de leurs pratiques professionnelles ;
- Améliorer la relation avec leurs patient ;
- Mieux prendre en compte leur santé personnelle.

[26] Sur un cycle de six ans, les professionnels devront avoir suivi deux actions de chacun de ces quatre axes en choisissant ces actions dans les référentiels élaborés par les conseils nationaux professionnels dont ils relèvent.

[27] En cas d'absence de réalisation de ce cycle d'actions, les ordres, chargés du contrôle de l'obligation, pourront engager des poursuites disciplinaires qui ne font pas obstacle à une suspension temporaire d'exercice pour insuffisance professionnelle.

Tableau 1 : : Présentation des dispositifs existants et du contenu proposé pour la démarche de recertification

Dispositif prévu dans le CSP	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>[28] 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"> -activités d'analyse de pratique -activités d'acquisition ou de perfectionnement des connaissances
<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><i>Aide-soignant, audioprothésiste, biologiste médical, chirurgien-dentiste, auxiliaire de puériculture, diététicien, épithésiste, ergothérapeute, infirmier diplômé d'Etat (infirmier, infirmier anesthésiste, infirmier de bloc opératoire, infirmier puériculteur, infirmier en pratique avancée)</i></p> <p><i>Manipulateur d'électroradiologie médicale, masseur-kinésithérapeute, médecin, oculariste, opticien-lunetier, orthopédiste-orthésiste, orthophoniste, orthoprothésiste, orthoptiste, pédicure-podologue, pharmacien, podo-orthésistes, préparateur en pharmacie, préparateur en pharmacie hospitalière, psychomotricien, sage-</i></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"> - formation - évaluation et d'amélioration des pratiques - gestion des risques <p>Pour satisfaire à son obligation, le professionnel de santé :</p>

	<i>femme, technicien de laboratoire médical.</i>	<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 re certification édictée 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 certification périodique (Article 5 de la loi du 24 juillet 2019)	<p>Sept professions visées dans l'article 5 de la loi du 24 juillet 2019 : médecin, chirurgien-dentiste, sage-femme, pharmacien, infirmier, masseur-kinésithérapeute et pédicure-podologue.</p> <p><i>Nb : la spécialité de biologiste médicale est concernée</i></p>	<p><u>Obligation sexennale</u></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,</p>

	<p><i>puisque exercée par des médecins ou des pharmaciens titulaires d'un diplôme ou d'une qualification en biologie médicale.</i></p>	<p>l'actualisation et le niveau des connaissances des professionnels.</p> <p><u>Critères proposés :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> -prise en compte des actions de DPC, de formation hors DPC, mais aussi des activités d'enseignement, de recherche, d'expertise -prise en compte de l'accréditation et d'autres démarches qualité dont la certification des établissements de santé et l'accréditation des LBM -démarches d'amélioration de la qualité de la relation avec les patients -attention des professionnels à leur propre santé -activité professionnelle suffisante -absence de signaux « négatifs »
--	--	---

Source : annexe 2 du rapport « Etat des lieux et propositions en vue de la préparation des ordonnances sur la « re certification » des professionnels de santé à ordre »

2 Au total, l'ensemble des procédures de maintien des compétences et d'amélioration des pratiques des professionnels de santé présente un paysage morcelé, peu lisible, faisant intervenir, au surplus, de nombreux intervenants différents

2.1 Interviennent au profit des professionnels libéraux non-salariés :

- **Pour tous les professionnels :**

[29] Les conseils nationaux professionnels (CNP) de leur activité/spécialité pour la définition des parcours (60 CNP), les ordres/les employeurs pour le contrôle du développement professionnel continu (DPC).

- **Pour les médecins libéraux (dont les médecins travaillant en établissement de santé du secteur privé lucratif) :**

[30] La Haute autorité de santé (HAS), les organismes accréditeurs (OA) pour l'accréditation, la caisse nationale d'assurance-maladie (CNAM) pour la prise en charge d'une partie de l'assurance responsabilité civile professionnelle (RCP) ;

[31] L'Agence nationale du DPC (ANDPC) pour le financement de leur formation DPC et leur indemnisation pour le temps passé en formation ; le financement des organismes de formation est directement assuré par l'ANDPC ;

[32] Le Fonds d'assurance professionnelle des médecins (FAF-PM) pour le financement de leurs actions de formation, qui intervient soit en remboursement des frais engagés par le médecin soit pour les actions dispensées par les organismes conventionnés pour des actions collectives, directement auprès de l'organisme de formation ; le FAF- PM ne distingue pas, au sein des actions qu'il finance, les actions reconnues comme relevant de DPC par l'ANDPC ;

[33] France Compétences gère le répertoire des certifications et la caisse des dépôts et consignations (CDC) le système d'information du compte personnel de formation (CPF).

- ***Pour les autres professionnels de santé libéraux non-médecins (pharmaciens propriétaires de leurs officines, chirurgiens-dentistes, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, sage-femmes, pédicures podologues en cabinet libéral) :***

[34] Le Fonds interprofessionnel de formation pour les professions libérales (FIF-PL) pour le financement de leurs actions de formation ;

[35] Le fonds intervient soit en remboursement des frais engagés par le professionnel soit pour les actions dispensées par les organismes conventionnés pour des actions collectives, directement auprès de l'organisme de formation ;

[36] Le FIF-PL intervient en complément de l'ANDPC pour des actions de formations DPC ;

[37] L'ANDPC pour le financement de leur formation DPC et leur indemnisation pour le temps passé en formation ; le financement des organismes de formation est directement assuré par l'ANDPC ;

[38] France Compétences et la CDC pour la mobilisation du CPF.

2.2 Interviennent au profit des professionnels salariés les organismes suivants :

- **Pour tous, le CNP de leur activité/spécialité pour la définition des parcours**

[39] - leur employeur : l'établissement de santé public ou privé qui les emploie, la collectivité territoriale, le service de santé des armées, le ministère employeur, l'officine où ils travaillent ou l'opérateur (Opco) compétent.

- **Pour les professionnels salariés de l'hôpital public :**

[40] La HAS et les OA pour l'accréditation ;

[41] L'Association nationale pour la formation permanente du personnel hospitalier (ANFH), qui est l'opérateur de compétence de la fonction publique hospitalière et qui finance pour les établissements adhérents (2265 établissements sanitaires et médico-sociaux en 2023, dont 30

CHU/CHR, soit tous les CHU et CHR hors l'AP-HP et Pointe-à-Pitre) les actions du plan de formation, le DPC des professions médicales (DPCm pour les médecins, pharmaciens et chirurgiens-dentistes, les études promotionnelles, et les congés de formation professionnelle (CFP)-validation des acquis de l'expérience (VAE) et bilans de compétences pour tous les professionnels à l'exception des médecins sous statut ; l'ANFH regroupe 97,2 % de la fonction publique hospitalière pour la formation continue.

[42] L'ANDPC pour le financement du DPC (frais pédagogiques) des professionnels salariés des centres de santé conventionnés ;

[43] La caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), qui intervient en financement de l'ANFH par le biais d'une convention (4 518 000 € pour 2021) ciblée sur la formation qualifiante et sur la formation professionnalisante des personnels soignants ; cette convention vise peu les professionnels concernés par la certification, à l'exception de la mention des infirmiers pour le premier type de formation et de quelques actions potentiellement pluriprofessionnelles dans le second.

[44] France Compétences et la CDC pour le CPF (à l'exception des médecins publics, non fonctionnaires, auxquels le CPF n'est pas étendu ; seuls les professeurs des universités - praticiens hospitaliers – PU-PH sont fonctionnaires d'Etat), selon les règles de financement spécifiques à la fonction publique, hospitalière en l'occurrence (le CPF est exprimé en nombre d'heures par an, dans la limite d'un plafond de 150 heures ; l'employeur public finance directement le montant nécessaire lorsque le salarié mobilise son CPF) ;

● **Pour les autres professionnels salariés du secteur public :**

[45] La HAS et les OA pour l'accréditation (qui les concernent seulement à la marge, puisque ce dispositif ne concerne que les spécialités à risque en établissement) ; les médecins militaires sont concernés ;

[46] Leurs employeurs et lorsqu'il existe, l'organisme chargé de la formation : pour la fonction publique territoriale, le Centre national de la fonction publique territoriale développe, via l'Institut National Spécialisé d'Etudes Territoriales d'Angers, spécialisé dans les métiers de la santé publique et du social, et qui est à la fois organisme collecteur, concepteur et dispensateur de formations ; pour le service de santé des armées (SSA), l'école du Val de Grace est le centre de formation initiale spécialisée et continue et forme, tous types de formation confondues environ un peu moins d'un tiers des effectifs chaque année ;

[47] La CNSA, à la marge, dans le cadre d'une convention CNSA/CNFPT et concerne principalement la formation de personnels médico-sociaux non concernés par la certification, à l'exception d'actions de professionnalisation qui peuvent concerner des infirmiers ;

[48] La CDC qui gère le CPF, avec une prise en charge de l'employeur selon les mêmes règles que pour la FPH.

- **Pour les professionnels salariés du secteur privé :**

[49] La HAS et les OA pour l'accréditation ;

[50] L'Opco Santé, compétent pour les salariés du secteur privé à l'exception des pharmaciens salariés et qui finance l'ensemble des formations de courte et longue durée via les dispositifs existants, à l'exception du CPF ; à noter qu'en application de la loi de 2018 pour la liberté de choisir son avenir professionnel, les entreprises de plus de 50 salariés ne récupèrent plus leurs contributions aux opérateurs de compétences (Opco) pour financer la formation de leurs salariés. 50 salariés et plus n'ont donc plus accès aux fonds mutualisés de la formation, les financements étant fléchés sur les dispositifs d'alternance ou la formation des demandeurs d'emploi ; elles devront financer elles-mêmes les actions inscrites au plan de développement des compétences ou via l'intervention de l'Opco sur la base des contributions volontaires des employeurs à l'Opco. Les établissements, quel que soit leur effectif, peuvent en théorie former leurs salariés en poste via PRO A pour permettre leur évolution professionnelle. Cependant, l'enveloppe dédiée par France compétences à ce dispositif est très réduite (de l'ordre de 14 millions d'euros pour le périmètre de plus de 1 million de salariés couverts par l'OPCO Santé), ce qui limite en pratique la promotion professionnelle.

[51] L'Opco Entreprises de proximité, compétent pour les pharmaciens salariés ;

[52] La CNSA qui intervient en appui de l'Opco Santé par le biais d'une convention au profit de personnels médico-sociaux pour l'essentiel non concernés par la certification. Les publics infirmiers sont néanmoins spécifiquement visés pour les formations qualifiantes.

[53] La CDC qui gère et finance le CPF.

- **Pour les professionnels libéraux remplaçants :**

[54] La formation relève des mêmes organismes et opérateurs que celle des libéraux non-salariés, à l'exception de la prise en charge du DPC car ces professionnels ne sont pas conventionnés (*stricto sensu*, les remplaçants ne signent pas la convention, sur la base de l'article R 4021-22 du code de la santé publique. Ne sont conventionnés que les professionnels exerçant à titre libéral, inscrits à l'ordre, installés et disposant d'un cabinet professionnel, ce qui a conduit l'ANDPC à cesser leur prise en charge depuis novembre 2021). Ils doivent dès lors faire financer les formations devant conduire à la validation de leur DPC par le fonds d'assurance formation dont ils relèvent (FIF-PL ou FAF-PM). Outre que le FAF-PM a indiqué expressément à la mission ne pas financer le DPC (en tout cas ne l'affiche pas), la difficulté est que certains médecins remplaçants ne relèvent pas du FAF-PM (par exemple ceux qui dépendent du régime simplifié des professions médicales (RSPM), régime qui n'inclue pas de cotisation pour la formation professionnelle dans les cotisations appelées.

ANNEXE 5 : La problématique des liens d'intérêt dans le DPC et dans la CP

1 Définition des liens d'intérêt

[1] Selon les textes légaux en vigueur, un conflit d'intérêts est une situation d'interférence entre un intérêt public et des intérêts publics ou privés qui est de nature à influencer ou paraître influencer l'exercice indépendant, impartial et objectif d'une fonction.

[2] Tout lien d'intérêts ne constitue pas par un nature un conflit d'intérêts. Un conflit d'intérêts naît d'une situation dans laquelle des liens d'intérêts déclarés par un membre sont susceptibles, par leur nature ou leur intensité, de mettre en cause son impartialité ou son indépendance dans l'exercice de sa mission au regard des missions de cette commission.

2 Les liens d'intérêt et le DPC

[3] La loi n° 2011-2012 du 29 décembre 2011 relative au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament et des produits de santé a notamment introduit, à l'article L 1451-1 du CSP, au renvoi l'article R 4021-19 du même code, l'obligation de rendre publics les liens d'intérêts détenus par les membres des instances collégiales.

[4] Afin de garantir aux professionnels de santé une offre indépendante et de qualité en instaurant une bonne protection, ces règles ont été étendues au champ du DPC.

[5] Aux termes des dispositions de l'article R 1451-3 du même code, les liens d'intérêts des membres des instances de l'Agence doivent être télédéclarés sur un site internet unique.

[6] Aux termes des dispositions de l'article R 4021-19 du CSP, les fonctions de membre du Haut Conseil du DPC, d'une commission scientifique indépendante ou du comité d'éthique de l'ANDPC sont incompatibles avec celles de membre du conseil de gestion du développement professionnel continu des professions libérales et salariés des centres de santé ou d'une section professionnelle de l'Agence.

[7] En outre, les fonctions de membre d'une instance de l'ANDPC sont incompatibles avec les fonctions de membre d'une instance dirigeante d'un organisme de DPC.

[8] Le rapport IGAS de 2023 relatif à l'évaluation du COP de l'ANDPC avait, dans son annexe III, relevé un suivi insuffisant dans sa régularité et son exhaustivité des DPI et DI que doivent annuellement actualiser les membres des instances et les personnels concernés. L'ANDPC a indiqué à la présente mission que ce suivi est désormais régulier et a permis un net progrès dans l'exhaustivité :

[9] Pour les agents de l'ANDPC : Le taux de conformité était de 100 % en septembre 2024. À la même date, il était de 95 % pour les sections professionnelles, de 85 % pour les CSI et de 73 % pour le

HCDPC. L'Agence a adressé à la mission un certain nombre d'exemples de refus de nominations tant dans les sections professionnelles (4), le HCDPC (4) et les CSI (6) liés à des conflits d'intérêt manifestes. La mission relève que le fait-même que les organisations syndicales aient présenté de telles candidatures témoigne d'une insuffisante acculturation des règles éthiques en la matière.

[10] Les liens historiques entre les syndicats de professionnels de santé libéraux et les organismes de formation posent un problème au regard de la composition des sections professionnelles et des CSI de l'Agence dans un climat marqué par la montée en puissance, dans la jurisprudence, de la théorie de l'apparence et de concurrence croissante entre organismes de formation.

[11] Or, en 2021, l'ANDPC notait, au sujet des propositions de nomination dans les sections professionnelles qui répartissent les enveloppes dédiées au DPC des libéraux entre forfaits pédagogiques et indemnisation des professionnels « Si à ce jour aucun des membres proposés au sein des SP n'est membre d'une instance dirigeante d'un organisme ou d'une structure de DPC ainsi que d'une autre instance de l'Agence conformément à ces mêmes dispositions, il apparaît après étude des DPI, que nombre d'entre eux ont, des responsabilités au sein de leur syndicat, syndicat étroitement lié à un organisme de DPC. Outre qu'ils ne déclarent pas tous exhaustivement leurs liens, ils ont en effet des mandats électifs au sein de syndicats étroitement liés avec des organismes de DPC : le président de certains syndicats est également président de l'ODPC .

[12] IL en est ainsi de la proximité entre MG France et MGForm, SML avec le groupement d'intérêt économique Dopamine qui regroupe 3 ODPC) du SML (AFML, VFL, TAMARI et AFML GS), entre la FFMKR et l'ODPC INK ou entre la Fédération nationale des orthophonistes et FNO'FORM, entre le SNIIL et l'ODPC INFCI, entre FNI et AFCOPIL.

[13] Ces liens étroits et financiers entre syndicats et organismes de formation sont confortés par l'exposé des financements du FAFPM et du FIFPL alloués aux organismes de formation relevant de syndicats.

Les principales dispositions de la charte de déontologie de l'ANDPC

Aux termes des dispositions de l'article R .4021-19 du CSP, les fonctions de membre du Haut Conseil du développement professionnel continu, d'une commission scientifique indépendante ou du comité d'éthique de l'Agence nationale du DPC sont incompatibles avec celles de membre du conseil de gestion du développement professionnel continu des professionnels libéraux et salariés des centres de santé ou d'une section professionnelle de l'Agence.

En outre, les fonctions de membre d'une instance de l'agence national du DPC sont incompatibles avec les fonctions de membre d'une instance dirigeante, d'un organisme de DPC.

La charte éthique adoptée par l'Agence indique que « cette disposition exclut que soit nommée, en qualité de membre d'une instance de l'Agence, toute personne qui serait en fonction dans une instance dirigeante d'un organisme ou d'une structure de DPC.

Sont notamment considérées, au sens des dispositions légales applicables, comme instances dirigeantes, les instances délibérantes (Conseil d'administration, Conseil de surveillance) et exécutives.

Par ailleurs, eu égard à la particularité de leur champ d'intervention et à leur rôle prépondérant dans l'orientation et la détermination des programmes et des actions à proposer, les conseils scientifiques des ODPC sont également concernés par ce régime d'incompatibilité.

Le régime d'incompatibilité n'a vocation à s'appliquer qu'en cas d'exercice simultané des fonctions de membre d'une instance et de membre d'une instance dirigeante d'un ODPC et/ou de membre du conseil de gestion ou d'une section professionnelle de l'Agence nationale du DPC. »

Cette charte prévoit notamment pour les membres de CSI qui sont les plus susceptibles de connaître de situations d'ODPC « En revanche, s'agissant des conflits d'intérêts, sont pris en compte les liens d'intérêts noués avec un ODPC au cours des 5 années précédant la nomination en qualité de membre d'une CSI de l'Agence.

L'existence de liens ne s'oppose pas à la nomination mais implique l'impossibilité pour le membre concerné de se voir confier un dossier :

- de l'ODPC concerné ;
- de tout ODPC directement concurrent de l'ODPC auquel il appartient.

Elle implique par ailleurs lors des délibérations, le déport sur les dossiers :

- de l'ODPC concerné ;
- d'un concurrent, lorsqu'il peut y avoir une incidence économique importante sur l'ODPC concerné. »

La charte indique que les mêmes règles s'appliquent à un membre de CSI précédemment membre d'un conseil scientifique d'un ODPC mais ajoute une réserve : « leur périmètre d'expertise particulier et en l'absence d'alternative, ils pourront l'expertiser mais devront se déporter au moment de la délibération.

Cela doit être consigné dans le procès-verbal de la séance »

La charte ajoute que le coordonnateur thématique d'un ODPC n'est pas concerné par l'incompatibilité de fonctions et n'est donc pas obligé de démissionner de l'ODPC lorsqu'il est nommé membre de CSI mais qu'il devra se déporter ;

S'agissant des agents de l'ANDPC, la charte indique que « Les personnels de l'Agence ne sont pas visés par l'article L. 1451-1 du CSP relatif à l'obligation de certains personnels d'institutions sanitaires d'établir une déclaration d'intérêts lors de leur prise de fonction. Cependant, la mise en place d'une gestion transparente du dispositif de DPC implique nécessairement que cette obligation soit imposée, par la présente Charte, à certains agents dont la nature des fonctions le justifie. » Aussi, la charte impose-t-elle la publication des déclarations d'intérêt des membres du comité de direction de l'Agence et la transmission à la directrice générale par tout agent disposant d'une délégation de signature d'une déclaration d'intérêt.

S'agissant des ODPC, la charte rappelle les dispositions de l'article 2 de l'arrêté du 14 septembre 2016 qui fixe, parmi les critères d'enregistrement des ODPC « les dispositions garantissant l'indépendance de l'organisme ou de la structure et de ses éventuels sous-traitants notamment à l'égard des entreprises fabriquant ou distribuant des produits de santé ;

- politique de gestion des conflits d'intérêts. »

A ce titre, le dossier de demande d'enregistrement d'un ODPC doit notamment comprendre « - dispositions prises pour garantir l'indépendance des concepteurs et intervenants à l'égard des entreprises fabriquant ou distribuant des produits de santé (identification et publicité des liens d'intérêts, absence de messages promotionnel sur les supports utilisés, informations équilibrées utilisant des références scientifiques identifiées etc.) ;

- moyens mis en œuvre par l'organisme visant à préserver l'indépendance du contenu des programmes en cas de prestation indirecte (locaux, mise à disposition de matériel, etc.) par des entreprises fabriquant ou distribuant des produits de santé.

Politique de gestion des conflits d'intérêts :

Dispositions prises pour la prévention des conflits d'intérêts et leur gestion. »

En outre, la charte indique que « les activités culturelles, touristiques, sportives ou gastronomiques qui pourraient être proposées en complément de l'activité de DPC sont clairement distinctes et demeurent secondaires par rapport aux activités à visée pédagogique.

Elles demeurent à la charge du participant et ne doivent en aucun cas perturber le bon déroulement du programme tel qu'annoncé au moment du dépôt.

En l'absence de justifications rigoureuses et circonstanciées (problématiques transnationales de santé, comparaisons ou coordinations des prises en charge médicales ou thérapeutiques entre plusieurs territoires, adossement à un événement scientifique international), les ODPC s'abstiennent de faire du lieu du déroulement de la session un argument promotionnel de l'action. »

3 L'importance du rôle des CNP dans la certification périodique impose une grande vigilance sur les liens d'intérêt de leurs membres

[14] A l'aune des observations qui précèdent, il apparaît que l'identification des liens d'intérêt est d'une importance majeure pour la certification périodique pour laquelle les CNP se sont vu confier la rédaction des référentiels de certification sachant que les projets de certains de ces référentiels comportent des actions certifiantes consistant en la participation à des formations ou ²²des congrès syndicaux.

[15] Dans le domaine de la certification périodique, l'article L.4022-5 du code de la santé publique prévoit que le Conseil national de la certification périodique « Veille à ce que les acteurs intervenant dans la procédure de certification périodique soient indépendants de tout lien d'intérêt

[16] La fiche adressée en septembre 2024 par la DGOS aux membres du CNCP distingue deux situations :

[17] Celles dans lesquels un déport suffit :

[18] - **le membre exerce des fonctions dirigeantes** pour un organisme, un laboratoire ou des sociétés savantes qui dispensent des formations, incluant l'organisation de congrès dès lors que l'activité ne couvre pas l'ensemble de l'exercice d'une commission professionnelle :

[19] S'entendent par fonctions dirigeantes, les membres investis d'un pouvoir décisionnaire, de représentation et de pouvoirs en matière financière, tels que le président, le vice-président, le trésorier et leurs adjoints.

[20] S'agissant du secrétaire général, l'appréciation de ses liens d'intérêts en conflits d'intérêts dépendra de l'organisation de chaque structure et des fonctions qui lui sont assignées, et sa participation effective au non au financement des actions de formation proposées.

[21] **Le membre intervient à titre d'expert** au sein d'un organisme de formation, pour des laboratoires ou des sociétés savantes si cette expertise ne concerne pas l'activité de formation elle-même ou si la formation n'est pas dispensée par la personne concernée.

[22] Celles engendrant une incompatibilité :

- une situation telle que l'application des règles de déport la conduirait à devoir s'abstenir de participer aux travaux de l'organisme à une fréquence telle que le fonctionnement normal de cette commission en serait entravé.

[23] La règle de déport devient impossible à appliquer dans les cas suivants :

- S'il exerce des fonctions dirigeantes ou s'ils assurent des formations pour le compte d'un organisme/d'une association proposant des formations valant pour l'ensemble d'un exercice ;
- S'il possède des parts ou des intérêts dans les organismes de formation ;
- S'il assure des formations rémunérées au titre d'un organisme ou d'une association pour le compte de l'industrie pharmaceutique.

[24] Dans son rapport de 2024 sur la formation médicale continue, la Cour des comptes a relevé que « Le CNP de médecine générale (CMG) en fournit un exemple. Le CMG organise un congrès (CMGF)¹¹⁶, action de formation qu'il se trouve en situation, en qualité de CNP, d'examiner, en vertu de sa mission de production d'attestation de parcours de DPC. De surcroît, l'examen du compte de résultat relatif à l'organisation de ce congrès pour l'édition 2023 révèle des recettes issues de versements par des organismes partenaires pour un montant de 826 849 € (73 % des recettes totales). Une part de ces montants est versée par des organismes de formation, partenaires du congrès, dont certains proposent aux médecins des actions de formation que le CMG peut se trouver en situation d'apprécier au titre de ses missions de CNP. Cette situation n'est pas conforme à la réglementation applicable aux termes de l'article D4021-4-3 du code de la santé publique¹¹⁷, dans la mesure où ces concours financiers sont de nature à remettre en cause l'indépendance nécessaire du CMG au regard de ses missions. La présidente du CNCP a, ainsi, dû obtenir la proposition d'un autre président de la commission professionnelle concernée.

[25] Par ailleurs, des parcours conçus par les CNP proposent au choix du médecin, parfois dans une proportion très significative, des actions relevant d'un « label CNP ». En l'absence de caractère institutionnel et de cadrage précis de ce label, création ad hoc de la part des CNP cette mention ne favorise pas la lisibilité du parcours pour le médecin et son caractère arbitraire pose question. De façon plus problématique, certains parcours de CNP suggèrent la réalisation d'actions proposées par un organisme de formation spécifique, qui a parfois un lien avec le CNP concerné¹¹⁸, ce qui interroge quant à l'existence de conflits d'intérêt. »

4 L'encadrement des liens d'intérêt avec l'industrie pharmaceutique est le même pour le DPC que pour la CP

[26] Cet encadrement est codifié dans les articles L. 1453-1 à 1454-10 et D.1453-1 à 1453-19. – du code de la santé publique.

[27] L'article L.1453-A prévoit notamment que l'industrie pharmaceutique doit rendre publique sur internet l'objet précis, la date, le bénéficiaire direct et le bénéficiaire final, et le montant des conventions qu'elles conclue avec (...) « 9° Les personnes morales assurant ou participant à la

formation initiale ou continue ou au développement professionnel continu des professionnels de santé ».Doivent être déclarés les rémunérations et avantages en nature ou en espèce supérieurs à des seuils réglementaires.

[28] L'article L.1453-3 interdit de recevoir des avantages en espèces ou en nature, sous quelque forme que ce soit, d'une façon directe ou indirecte, proposés ou procurés par des personnes assurant des prestations de santé, produisant ou commercialisant des produits faisant l'objet d'une prise en charge par les régimes obligatoires de sécurité sociale mentionnés au II de (...)

[29] 2° Aux étudiants en formation initiale se destinant à l'exercice de l'une Des professions de santé et aux personnes en formation continue ou suivant une action de développement professionnel continu dans ce champ

[30] 3° Aux associations qui regroupent des personnes mentionnées aux 1° et 2° (à savoir des professionnels de santé, étudiants en santé et professionnels suivant un module de DPC), dont celles intervenant dans le champ de la formation de ces personnes, et notamment aux sociétés savantes et aux conseils nationaux professionnels.

[31] Mais l'article L.1453-7 du code de la santé publique autorise par dérogation, dans les conditions de déclaration ou d'autorisation prévues, l'offre des avantages en nature ou en espèces correspondant

[32] « 4° L'hospitalité offerte, de manière directe ou indirecte, lors de manifestations à caractère exclusivement professionnel ou scientifique, ou lors de manifestations de promotion des produits ou prestations (...) Dès lors que cette hospitalité est d'un niveau raisonnable, strictement limitée à l'objectif principal de la manifestation et qu'elle n'est pas étendue à des personnes autres (...) à l'exception des étudiants en formation initiale (...)

[33] « 5° Le financement ou la participation au financement d'actions de formation professionnelle ou de développement professionnel continu. »

[34] Si le montant prévu dans la convention en question est supérieur à un seuil réglementaire, la convention est soumise à autorisation du ministre chargé de l'économie et des finances après avis des ordres concernés.

[35] La brochure du LEEM sur ce sujet indique que peut être prise en charge par une entreprise du médicament : Toutes les hospitalités : transports, repas, collations, hébergements, etc. Elles ne peuvent être prises en charge que dans le cadre de manifestations professionnelles (incluant les manifestations de promotion) ou scientifiques ; elles doivent être d'un niveau raisonnable, strictement limitées à l'objectif de la manifestation. Les frais d'inscription aux manifestations peuvent également être pris en charge.

[36] Les seuils en-dessous desquels une simple déclaration est nécessaire sont, selon cette brochure :

- hospitalité TTC : 150€ par nuitée, 50€ par repas et 15€ par collation ; montant cumulé incluant le transport : 2000€ ; frais d'inscription en sus : 1000€ TTC ; • financement ou participation au financement d'actions de formation professionnelle ou de DPC : 1000€ ».

ANNEXE 6 : Comparaison des dispositifs de développement professionnel continu avec des pays comparables

1 Les Etats-Unis

[1] Les éléments qui suivent sont extraits de l'enquête menée par la DAEI auprès des CAS mais aussi de l'article « Vive la différence : Une comparaison des systèmes d'assurance qualité du DPC en France et aux États-Unis » rédigé par l'ANDPC et son homologue américain et mis en ligne le 24 avril 2022.

[2] Le système de DPC aux États-Unis est basé sur le principe de l'autorégulation professionnelle. Chaque profession de santé dispose de son propre système ou de ses propres systèmes d'accréditation du DPC. L'Accreditation Council for Continuing Medical Education (ACCME), une société privée à but non lucratif, est chargée d'établir des normes garantissant que le DPC des médecins est efficace, pertinent, adapté à l'évolution de l'environnement des soins de santé, indépendant, exempt de préjugés commerciaux et conçu pour promouvoir l'amélioration des soins de santé.

[3] L'ACCME accrédite des organisations et non des activités individuelles. Il existe actuellement environ 1 700 fournisseurs de DPC accrédités, dont des hôpitaux et des systèmes de santé, des agences gouvernementales et militaires, des sociétés de spécialité, des sociétés d'édition et d'éducation, des écoles de médecine, des compagnies d'assurance et de gestion des soins, ainsi que des organisations à but non lucratif telles que des fondations.

[4] Bien que de nombreuses activités de DPC incluent d'autres professionnels de la santé, elles ne sont pas spécifiquement conçues pour promouvoir la collaboration au sein de l'équipe ou faire progresser les soins basés sur une équipe. Pour faire progresser la formation continue interprofessionnelle, l'ACCME s'est associée à ses collègues accréditeurs en soins infirmiers et en pharmacie pour créer la Joint Accreditation for Interprofessional Continuing Education™. L'accréditation conjointe, une collaboration qui comprend maintenant des organismes d'accréditation représentant 10 professions, a établi les normes pour la formation continue planifiée par l'équipe de soins de santé pour l'équipe de soins de santé.

[5] L'ACCME définit la formation médicale continue comme des activités qui servent à maintenir, développer ou accroître les connaissances, les compétences, les performances professionnelles et les relations qu'un médecin utilise pour fournir des services aux patients, au public ou à la profession.

[6] Le rapport du PR Uzan relatif à la certification périodique indique que « Le Conseil d'Accréditation de la Formation Médicale/ACGME (Accreditation Council for Graduate Medical Education) a décrit en 1999 les six compétences nécessaires pour les résidents américains :

- délivrance de soins appropriés,
- connaissances médicales,
- culture de l'amélioration et de l'apprentissage basé sur la pratique,
- capacité de relations interpersonnelles et de communication,
- « Professionnalisme »,

- Pratique adaptée au système de soins.

[7] Ces six compétences sont actuellement reprises, avec quelques adaptations, comme critères d'acquisition de base par l'ensemble des associations médicales de formation initiale et continue. ».

[8] Les exigences professionnelles aux États-Unis, y compris les exigences de participation au DPC, sont supervisées par chaque profession séparément. Pour les médecins, la participation à un DPC accrédité permet de répondre aux exigences de renouvellement de l'autorisation d'exercer, de maintien de la certification, d'accréditation, d'emploi, d'adhésion à des sociétés professionnelles et d'autres privilèges professionnels.

[9] Chaque État dispose d'un conseil médical qui supervise l'octroi des autorisations d'exercer aux médecins ; la plupart de ces conseils exigent des médecins qu'ils obtiennent un certain nombre de crédits de DPC pour le renouvellement de leur autorisation d'exercer. Les médecins sont censés choisir des activités éducatives pertinentes pour leur pratique, bien que certaines législatures d'État et certains conseils médicaux aient exigé que les médecins suivent un contenu spécifique, tel qu'une formation sur les opioïdes, la violence domestique, la compétence culturelle ou d'autres sujets que les législateurs ont identifiés comme étant importants pour la santé des habitants de l'État. Les conseils des spécialités médicales fixent les normes de compétence des médecins dans chaque spécialité et tiennent les médecins responsables de la démonstration de cette compétence. En outre, les employeurs peuvent fixer leurs propres normes pour la réalisation du DPC.

[10] Définir des normes éducatives pour les activités de DPC et de contrôler le respect de ces normes par les prestataires accrédités. Les prestataires qui souhaitent être accrédités doivent prouver qu'ils sont éligibles et qu'ils respectent les exigences d'accréditation. Lorsqu'une organisation obtient l'accréditation, l'ACCME utilise un système de *confiance et de vérification* pour superviser la conformité. Les prestataires accrédités sont évalués tous les deux, quatre ou six ans, en fonction de leur statut d'accréditation. Les décisions d'accréditation se fondent sur trois sources de données : un rapport d'auto-évaluation, un examen d'activités sélectionnées et un entretien. Les recommandations d'accréditation sont formulées par un comité de bénévoles, avec le soutien du personnel de l'ACCME, puis sont examinées par un second comité de bénévoles, qui recommande une décision d'accréditation ; la décision finale est prise par un comité du conseil d'administration. Ce processus à plusieurs niveaux fournit les vérifications et les équilibres nécessaires pour garantir des décisions justes et précises. Les prestataires accrédités sont jugés

conformes ou non conformes à chaque exigence d'accréditation ; ce système de prise de décision fondé sur des critères est conçu pour garantir la cohérence et l'objectivité.

[11] Si un organisme accrédité est jugé non conforme aux exigences d'accréditation, que ce soit dans le cadre de la procédure d'accréditation ou de plainte, l'ACCME lui donne la possibilité de corriger le problème. Si le problème est flagrant ou si l'organisation ne le corrige pas, l'ACCME peut mettre l'organisation en probation ou lui retirer son accréditation.

[12] Selon l'enquête DAEI, les médecins américains sont soumis depuis 1990 à un processus de *re certification* décennal basé sur le volontariat appelé *Maintenance of certification* (MOC). Les médecins certifiés avant 1990 ne sont pas soumis à ce dispositif et sont certifiés à vie.

[13] Avant 1990, certains *Boards* avaient déjà initié une démarche remettant en cause la certification à vie : dès 1969 l'*American Board of family practice* avait ainsi institué un cycle de sept ans de certification.

[14] Les médecins paient une cotisation à leur organisation professionnelle de référence rattachée à l'*American Board of Medical Specialties* (ABMS). Pour la médecine interne, l'ABIM (*American Board of Internal Medicine*) est compétente et elle certifie un médecin américain sur quatre. Un médecin peut être soumis à plusieurs cycles de recertification (exemple d'un médecin interniste avec une spécialité en maladies infectieuses). L'organisation se charge de prévenir les médecins des échéances et organise les tests relatifs à leur spécialité ou sous-spécialité moyennant des frais supplémentaires d'inscription aux tests (de l'ordre de \$2000). Ces examens décennaux ont été définis sur le modèle des examens de formation initiale (épreuves de dix heures faisant appel à un important effort de mémorisation). Le dispositif s'est progressivement étendu à des tests infra décennaux sur différents aspects de la pratique médicale, y compris la prise en compte de l'expérience patient. Les tests peuvent être complétés de témoignages de confrères ou de patients (*Patient and Peer Reviews*).

[15] Plusieurs organisations ont supprimé les tests décennaux impopulaires et mis en place au milieu des années 2010 une nouvelle modalité de tests trimestriels réalisés à distance en continu : les *Longitudinal Knowledge Assessments* (LKA). Ceux-ci consistent par exemple en médecine interne en 30 questions adressées trimestriellement auxquelles il faut répondre en quatre minutes par question avec l'aide de tout support disponible. 80 % des médecins rattachées à l'ABIM favorisent cette modalité en 2022 et 2023.

[16] Un dispositif concurrent développé par le *National Board of Physicians and Surgeons* (NBPAS) a été mis en place en 2015 : il est accepté par 200 *hospital systems* mais n'a pas pour autant remis en cause le presque monopole de la MOC.

[17] Selon l'Institut suisse de la formation médicale, la *Maintenance of Certification* (MOC), **doit être subie et réussie au plus tard au bout de dix ans. Il s'agit d'un processus lié à la formation continue et à la réévaluation des spécialistes médicaux.**

[18] **Six éléments principaux se situent au cœur de cette démarche de MOC :**

- (Apprentissage et perfectionnement fondés sur la pratique)
- Patient Care and Procedural Skills (soins aux patients et compétences procédurales)
- Systems-based Practice (pratique fondée sur les systèmes)

- Medical Knowledge (connaissances médicales)
- Interpersonal and Communication Skills (compétences interpersonnelles et communication-nelles)
- Professionalism (professionnalisme)

[19] Selon l'enquête de la DAEI, ce dispositif est cependant contesté par de nombreux médecins qui remettent en cause son coût, sa dérive commerciale et la faible démonstration de son impact sur la qualité des soins malgré l'inclusion de processus d'évaluation des soins par des pairs et des patients.

[20] Cette procédure est également exigée pour les autres professionnels du secteur de la santé. Elle est organisée par des organisations non gouvernementales ou leurs organisations professionnelles. Les infirmiers doivent par exemple renouveler leur « *license* » tous les deux ans en moyenne, cette durée étant variable selon les États (annuellement dans certains États, jusqu'à quatre ans pour d'autres). L'infirmier doit prouver qu'il a exercé son métier un minimum d'heures, mis à jour ses compétences et participé à des actions de formation continue (vingt heures en moyenne).

[21] Il n'existe pas de pénalité en soi mais ces *re certifications* déterminent l'emploi et sa préservation. Elles sont exigées de la part des recruteurs, des employeurs et des assurances professionnelles. Elles sont in fine indispensables à la *Maintenance of License*, ce qui les rend de fait, obligatoires alors qu'elles sont théoriquement volontaires.

2 Le Québec

[22] Selon le rapport précité du PR Uzan « La fédération des ordres des médecins du Canada a proposé en 1994 un modèle volontairement orienté vers l'amélioration de l'exercice professionnel et non vers le dépistage des médecins « déviants ».

[23] Au sein des hôpitaux, un dispositif interne identifie les anomalies dans la pratique professionnelle d'un médecin. En dehors des hôpitaux, le dispositif des régies d'assurance maladie identifie les comportements « extrêmes » (...) Au Québec « Un programme de complexité croissante en trois niveaux est mis en œuvre :

- surveillance par indicateurs : par exemple, utilisation prolongée de traitements par anti-inflammatoires non stéroïdiens ou benzodiazépines ;
- visites d'inspection professionnelle. Elles se font dans les cabinets libéraux et dans les hôpitaux, et portent notamment sur l'analyse de dossiers médicaux ;
- « l'entrevue orale structurée » qui est réalisée par un expert professionnel, permettant une analyse approfondie des compétences du médecin, à l'aide d'un dispositif d'évaluation exhaustif.

[24] Ce programme s'applique aussi bien pour les médecins ayant un exercice hospitalier qu'un exercice en cabinet. Dans le cas du premier niveau, la surveillance se fait par indicateurs.

- pour les hôpitaux, le suivi se fait par exemple par le nombre et les indications des arthroscopies, des décès post-infarctus du myocarde, de contrôles « qualité » pour la biochimie médicale, etc...
- pour l'exercice en cabinet, le suivi se fait par exemple par étude des prescriptions de certains types de médicaments, de l'utilisation du dosage de PSA pour le dépistage du cancer de la prostate, etc... »

[25] Chaque médecin doit effectuer 250 heures de formation continue sur une période de cinq ans :

- 125 heures d'activités de développement professionnel continu reconnues par le Collège ;
- 10 heures d'activités d'évaluation de l'exercice de la profession reconnues par le Collège.

[26] De plus, pour chacune des années d'une période de référence, le médecin doit suivre au moins 25 heures d'activités de formation continue parmi les 2 types d'activités.

[27] Selon le règlement du Collège médical du Québec, les professionnels de santé choisissent librement l'activité de DPC qu'ils souhaitent mais son Conseil d'administration peut obliger tous les médecins ou une classe d'entre eux à suivre une activité de formation continue particulière en raison notamment d'une réforme législative ou réglementaire, d'un changement normatif ou s'il estime qu'une lacune affectant la qualité de l'exercice des activités professionnelles des médecins le justifie. A cette fin, le Conseil d'administration :

- fixe la durée de l'activité et le délai imparti pour la suivre ;
- détermine l'objet et la forme de l'activité ;
- identifie les formateurs, les organismes ou les établissements d'enseignement autorisés à l'offrir ;
- détermine le nombre d'heures admissibles pour la computation des heures exigées

[28] Ce Collège inclut les activités suivantes dans les différents blocs :

- les activités offertes ou organisées par le Collège ;
- les activités reconnues par un organisme agréé par le Collège ;
- les activités d'apprentissage en groupe et d'autoapprentissage certifiées par le Collège des médecins de famille du Canada ;
- les activités d'apprentissage collectif agréées par le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada ;
- 5° les stages, les tutorats ou les cours de perfectionnement organisés par le Collège ou imposés par le Conseil d'administration ou le comité d'inspection professionnelle en application des dispositions du Code des professions (chapitre C-26), du Règlement sur le comité d'inspection professionnelle du Collège des médecins du Québec (chapitre M-9, r. 19) ou de celles du Règlement sur les stages et les cours de perfectionnement pouvant être imposés aux médecins (chapitre M-9, r. 27.1) ;

- les cours, les séminaires, les colloques ou les conférences offerts ou organisés par un autre ordre professionnel ;
- les cours universitaires crédités et dispensés par une université canadienne ou américaine ;
- les activités de formation continue accréditées par un organisme américain de développement professionnel continu agréé par l'Accreditation Council for Continuing Medical
- la participation à titre de formateur dans le cadre de formations reconnues par le Collège et liées à l'exercice de la profession pour un maximum de 3 heures de préparation par heure de formation dispensée ; cette participation n'est comptabilisée qu'une seule fois ;
- la rédaction ou la révision d'ouvrages ou d'articles acceptés pour publication dans une revue médicale, pour un maximum de 60 heures par période de référence ; la participation à titre de mentor à une activité de mentorat structuré, pour un maximum de 60 heures par période de référence ;
- les activités de formation continue en psychothérapie adoptées par le Collège.
- Aux fins du calcul des 10 heures exigées, les activités d'évaluation de l'exercice de la profession reconnues par le Collège pour leur pertinence, leur contenu et leur respect des objectifs du règlement sont les suivantes :
 - les activités offertes ou organisées par le Collège, incluant une visite de l'inspection professionnelle ;
 - les activités d'évaluation reconnues par un organisme agréé par le Collège, incluant celles en centre de simulation ;
 - les activités d'évaluation certifiées par le Collège des médecins de famille du Canada ;
 - les activités d'évaluation reconnues par le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada ;
 - la participation à titre de mentoré à une activité de mentorat structuré, pour un maximum de 60 heures par période de référence ;
 - les activités d'évaluation de la pratique à l'aide de l'outil technologique utilisé pour le maintien de ses dossiers cliniques, reconnues par un organisme agréé par le Collège ;
 - une évaluation de type 360° reconnue par un organisme agréé par le Collège.

[29] Aux fins du calcul des heures d'activités exigées, les autres activités admissibles sont les suivantes :

- les formations ou les stages offerts en milieu de travail ;
- les activités d'auto-apprentissage, dont la lecture ;
- les activités de formation accréditées par l'European Accreditation Council for CME (EACCME).

[30] Une activité de formation continue non visée par les articles 7 à 9 du présent règlement doit, pour être reconnue aux fins du calcul des heures exigées en vertu des articles 2 et 3, faire l'objet d'une demande de reconnaissance écrite adressée au Collège.

[31] Selon l'ISFM, les activités de MOC / CPD sont divisées en six catégories différentes :

- Accredited group learning activities (activités d'apprentissage groupal accréditées)
- Other learning activities (autres activités d'apprentissage)
- Accredited self-assessment programmes (programmes d'auto-évaluation accrédités)
- Structured learning projects (projets d'apprentissage structurés)
- Personal practice review (revue personnelle de la pratique)
- Personal education development (développement personnel de l'éducation)

[32] Souvent cité dans la discussion politique, le modèle canadien, selon lequel les médecins sont régulièrement examinés par des collègues dans le cadre d'une procédure appelée *peer review*, n'existe au Canada qu'avec certaines limitations régionales, et nos confrères canadiens le décrivent plutôt comme un modèle d'inspection des médecins ayant déjà attiré l'attention. En raison de cette évaluation par les pairs et des visites de cabinet associées, la procédure est extrêmement onéreuse et ne convient ni au Canada ni en Europe en tant que mesure générale pour la réévaluation des compétences de tous les médecins.

[33] Si le médecin ne se conforme pas à son obligation, le e Conseil d'administration lui impose l'une ou plusieurs des sanctions suivantes :

- le dépôt d'un plan détaillé de formation continue au Conseil ;
- la présence à un atelier de formation dispensé par le Collège sur la planification des activités de développement professionnel continu ou d'évaluation de l'exercice de la profession ;
- la rencontre d'un responsable de la formation continue du Collège aux fins d'un suivi individuel de son plan de formation continue ;
- la participation à une activité de formation continue particulière ;
- la réussite d'un stage ou d'un tutorat dans son domaine d'exercice et dont la durée ne peut être inférieure à 10 jours.

[34] La décision du Conseil est notifiée au médecin et doit indiquer le délai à l'intérieur duquel il doit se conformer aux sanctions qui lui sont imposées ainsi que les activités de formation continue qu'il lui reste à accomplir afin de se conformer aux obligations prévues aux articles 2 et 3.

[35] Lorsque le médecin fait défaut de se conformer à l'une ou plusieurs des sanctions qui lui ont été imposées en application de l'article 22 dans le délai prescrit, le Conseil d'administration, après avoir donné au médecin l'occasion de présenter ses observations écrites dans un délai de 15 jours de la date de la notification de l'avis, suspend ou limite son droit d'exercer des activités professionnelles.

[36] Les instances de parrainage du DPC au Québec (l'Association des facultés de médecine du Canada (AFMC), le Collège des médecins de famille du Canada (CMFC), le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada (Collège royal), le Collège des médecins du Québec (CMQ) et la Fédération des ordres des médecins du Canada (FOMC)) ont publié une nouvelle norme d'accréditation des organismes de DPC en 2023.

[37] Les normes nationales d'agrément pour les organisations prestataires d'activités de DPC se divisent en quatre domaines : DOMAINE 1 : Gouvernance des établissements DOMAINE 2 : Programme éducatif DOMAINE 3 : Organisation du programme DOMAINE 4 : Amélioration continue

3 Généralités sur l'Europe

[38] Ces éléments sont extraits de l'enquête menée par la Commission européenne en 2013 dénommée « Étude concernant l'examen et la cartographie du développement professionnel continu et de l'apprentissage tout au long de la vie pour les professionnels de la santé dans l'UE » Contrat n° 2013 62 02 ». Si cette étude est riche d'enseignements, ces éléments sont donc nécessairement datés.

3.1 L'encadrement juridique dans les différents pays

[39] En ce qui concerne les **médecins**, le DPC est basé sur la législation nationale dans les pays suivants : Allemagne,

[40] Autriche, Chypre, Croatie, Finlande, France, Grèce, Hongrie, Irlande, Italie, Lettonie, Lituanie, Norvège (spécialistes en soins primaires), Pologne, République tchèque, Roumanie, Slovaquie et Slovénie. Il fait partie du code de l'organisme professionnel aux Pays-Bas et au Royaume-Uni, et des deux (loi et code) dans les pays suivants : Autriche, Chypre, République tchèque, France, Royaume-Uni et Suède : Autriche, Chypre, République tchèque, France, Allemagne, Italie, Lettonie, Pologne, Roumanie, Slovaquie et Slovénie, et dans un décret/règlement gouvernemental en : France, Grèce, Hongrie, Norvège (spécialistes des soins primaires).

[41] Dans le cas des infirmières, le DPC est basé sur le droit national en Autriche, en Bulgarie, en Croatie, à Chypre, en République tchèque, en Finlande, en France, en Hongrie, en Irlande, en Italie, en Lettonie, en Lituanie, au Luxembourg, en Roumanie, en Slovaquie, au Portugal, en Slovénie et en Slovaquie.

[42] 3 Pour les médecins norvégiens, le DPC n'est obligatoire que pour les médecins généralistes ; pour toutes les autres spécialités, le DPC est volontaire. Pour les infirmières en Allemagne, le DPC est obligatoire à Brême, Hambourg, Sarre et Saxe.

[43] En Bulgarie, à Chypre et en Espagne, les exigences sont également incluses dans le code de l'organisme professionnel. Uniquement par l'organisme de réglementation : Allemagne (Brême, Hambourg, Sarre et Saxe) et Royaume-Uni.

[44] Dans le cas des dentistes, le DPC est basé sur la législation nationale en Autriche, en Belgique, en Bulgarie, en République tchèque, en Finlande (réglementation gouvernementale), en France, en Allemagne (code social), en Hongrie (réglementation), en Italie, en Lettonie, en Lituanie, en Pologne, au Portugal, en Slovaquie, en Slovénie, en Suisse et au Royaume-Uni. Le DPC est basé sur la réglementation d'un organisme professionnel en Allemagne, en Bulgarie, en Croatie, en Islande, en Lettonie, en Lituanie, en Pologne, au Portugal, en Roumanie et en Suisse.

[45] Dans le cas des **sage-femmes**, le DPC est basé sur la législation nationale en Belgique, en République tchèque, en Finlande, en Hongrie et en Slovaquie, sur le code professionnel en Croatie et au Portugal, sur la loi et le code en Autriche, en Bulgarie, à Chypre, en France, en Roumanie, en Suisse et au Royaume-Uni : Autriche, Bulgarie, Chypre, France, Roumanie, Suisse, Pays-Bas et Royaume-Uni, et par loi et décret à Chypre, en Italie, en Lettonie, à Malte et au Royaume-Uni : Chypre, Italie, Lettonie, Malte et Slovénie (décret uniquement).

[46] Dans le cas des **pharmaciens**, le DPC est basé sur la législation nationale en Autriche, Bulgarie, Chypre, République tchèque, Finlande, France, Allemagne, Italie, Lituanie, Malte, Roumanie, Slovaquie, Slovénie, Espagne, Suisse et Pays-Bas. Le DPC repose sur la réglementation d'un organisme professionnel en Belgique, en Bulgarie, en Finlande, en Italie, en Lettonie, en Norvège, au Portugal, en Suisse et aux Pays-Bas, et sur un décret ou une réglementation gouvernementale en Belgique, en France, en Hongrie, en Irlande, en Lettonie, en Pologne, au Portugal, en Suisse, aux Pays-Bas et au Royaume-Uni.

[47] La durée du DPC obligatoire varie entre 20 et 100 crédits/heures par an pour les médecins, entre 10 et 100 crédits/heures par an pour les dentistes, entre 4 et 60 crédits/heures par an pour les infirmières, entre 4 et 80 crédits/heures par an pour les sage-femmes et entre 3 et 50 crédits/heures par an pour les pharmaciens.

[48] La durée est souvent définie sur une période plus longue, coïncidant parfois avec la période de révision de l'enregistrement professionnel, et varie entre 1 an et 10 ans.

L'exigence de DPC

[49] Les exigences en matière de DPC diffèrent parfois pour les professionnels en fonction de leurs antécédents professionnels. En Lituanie, par exemple, une infirmière qui n'a pas exercé pendant plus de trois ans au cours des cinq dernières années est tenue de suivre 100 heures supplémentaires de DPC sur une période de cinq ans (en plus de l'exigence minimale de 60 heures tous les cinq ans). En France, la durée du DPC obligatoire pour les médecins est formulée sous la forme d'un nombre minimum d'activités de DPC et fait l'objet d'un accord pour chaque spécialité médicale. En Norvège, le DPC n'est obligatoire que pour les spécialistes des soins primaires, tandis qu'il est facultatif pour tous les autres spécialistes médicaux.

[50] Les exigences de DPC peuvent également inclure une obligation pour un professionnel d'exercer sa profession ; c'est généralement le cas lorsque le DPC obligatoire est pris en compte dans la révision de l'enregistrement ou de la licence professionnelle. Les exemples incluent les infirmières et les sage-femmes aux Pays-Bas qui doivent effectuer 2080 heures de pratique clinique sur une période de 5 ans, les dentistes en Slovaquie qui doivent obtenir au moins 100 crédits pour exercer en tant que dentiste sur une période de 5 ans et les pharmaciens au Portugal qui obtiennent 10 crédits de DPC par an (sur 15) en apportant la preuve de leur pratique professionnelle.

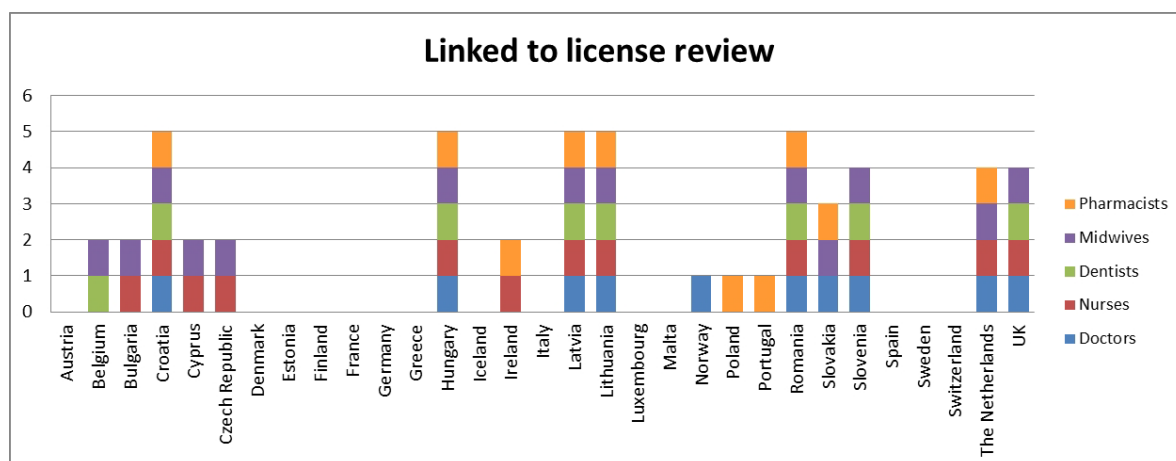
3.2 Les sanctions de l'obligation de DPC

[51] Dans 17 pays, au moins une profession fait état d'un lien entre le DPC et le réexamen de l'autorisation d'exercer ou de l'enregistrement. Dans cinq pays (Croatie, Hongrie, Lettonie, Lituanie et Roumanie), toutes les professions indiquent que les exigences en matière de DPC sont prises en compte lors de l'examen des autorisations.

[52] Si le DPC joue un rôle, les processus de revalidation ne se limitent pas au seul respect du DPC et doivent donc être considérés comme n'ayant qu'une interaction marginale avec les systèmes de DPC dans la plupart des pays. Le tableau 5 montre les pays et les professions où le DPC est lié à la révision de la licence. Le DPC des médecins, des infirmières, des dentistes, des sage-femmes et des pharmaciens est lié à l'examen de la licence en Lettonie, en Lituanie et en Roumanie. Toutefois, il est important de noter que les processus de revalidation ou de renouvellement de licence sont souvent complexes et comprennent de nombreux autres facteurs que le DPC, tels que l'analyse des routines effectuées quotidiennement au cours d'une période donnée ou l'évaluation par d'autres collègues des performances du candidat.

L'exigence de DPC ou de recertification

Tableau 1 : Examen de l'enregistrement/du permis par profession et par pays



Source : Etude de la Commission Européenne

[53] Dans les pays où il existe un système de DPC obligatoire pour la profession en question et où l'enregistrement professionnel fait l'objet d'une révision, les exigences de DPC obligatoire sont prises en compte dans le processus de révision. C'est ce qu'indiquent toutes les réponses des médecins, dentistes, sages-femmes, pharmaciens et infirmiers.

[54] Le respect par un professionnel d'une exigence de DPC obligatoire est le plus souvent imposé au niveau national et rarement au niveau régional (tableaux 6 et 7). Le DPC est appliqué au niveau régional, en particulier en Allemagne, en Roumanie et en Bulgarie. Cependant, un professionnel qui ne se conforme pas à une exigence de DPC obligatoire risque le plus souvent une suspension temporaire de son autorisation d'exercer, suivie d'une réprimande par un organisme professionnel et d'une perte immédiate de l'autorisation. 21 % des répondants ont indiqué que le non-respect d'une exigence de DPC n'entraînait aucune conséquence. En outre, 42 % des personnes interrogées ont mentionné différentes conséquences : pour les médecins, la

réduction de la rémunération en Suisse et la perte du droit d'appliquer des honoraires de spécialiste pour les spécialistes des soins primaires en Norvège et l'application d'une période de limitation à la pratique, par exemple sous la supervision d'un professionnel licencié pour les médecins en Lettonie.

[55] Dans le cas des infirmières, en Slovaquie, les autres conséquences comprennent une période d'évaluation au cours de laquelle l'infirmière doit compléter les crédits manquants. Si, au bout d'un an, ce n'est pas le cas, une sanction financière est prévue. En Hongrie, les autres conséquences comprennent une période de supervision jusqu'à ce que les crédits soient obtenus.

[56] Dans le cas des dentistes, les autres conséquences comprennent : au Portugal, d'éventuelles procédures disciplinaires lorsque la mauvaise pratique due à des connaissances insuffisantes est vérifiée ; en Allemagne, un blâme et une réduction progressive des revenus provenant du système d'assurance maladie légale jusqu'à la perte d'accès au système d'assurance maladie légale ; en Finlande, une notification à Valvira (autorité nationale de surveillance pour le bien-être et la santé) ; en Suisse, une réadmission à l'assurance maladie légale ; en Italie, une amende de 10 000 euros ; en Italie, une amende de 10 000 euros.

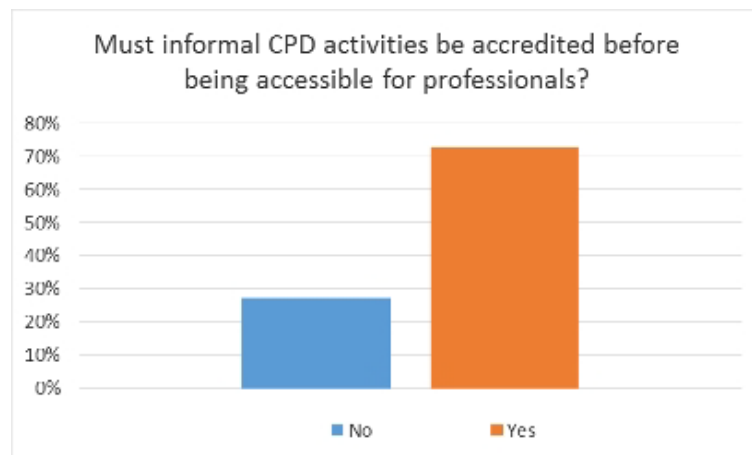
4 Le contenu du DPC dans les différents pays

4.1 Les DPC à contenus obligatoires font plus souvent l'objet d'une accréditation

[57] Dans certains cas, les exigences en matière de DPC prescrivent également un certain contenu aux professionnels. Dans l'ensemble des pays et des quatre professions (médecins, dentistes, infirmières et sages-femmes), l'existence d'un contenu obligatoire pour les activités de DPC varie de 36 à 53 % des réponses (le taux le plus bas étant celui des infirmières et le plus élevé celui des médecins). Dans le cas des médecins, le contenu prescrit est le plus souvent basé sur la spécialité médicale (47 %), tandis qu'un autre facteur est le grade du médecin, par exemple consultant ou stagiaire. Pour les dentistes (52 %), une grande variété a été signalée, la radioprotection (63 %), la réanimation cardio-pulmonaire (44 %) et les urgences médicales (38 %) étant le plus souvent mentionnées comme contenu prescrit. Pour les infirmières et les sages-femmes, tout contenu prescrit (36 % pour les infirmières et 44 % pour les sage-femmes) était susceptible d'être basé sur les exigences des employeurs liées à la compétence dans le rôle de l'individu.

[58] Les activités de DPC formelles font plus souvent l'objet d'une accréditation que les activités de DPC informelles. Dans les pays disposant d'un système national d'accréditation, il existe généralement une obligation d'accréditer les activités formelles de DPC ; c'est le cas pour près de 73 % des réponses (tableau 21). Seuls 10 % des pharmaciens, 22 % des infirmières et des sage-femmes, 25 % des dentistes et 26 % des médecins de ces pays déclarent ne pas être soumis à une telle obligation.

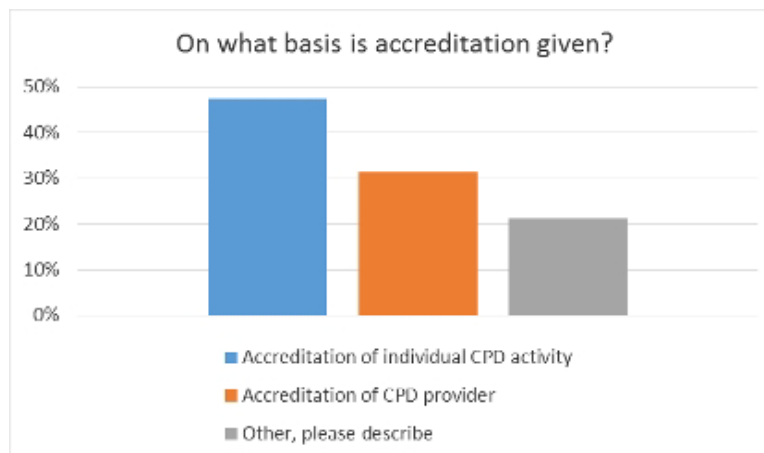
Tableau 2 : Obligation d'accréditer les activités formelles de DPC



Source : Etude de la Commission Européenne

[59] L'accréditation est plus souvent accordée à l'activité de DPC qu'au prestataire de DPC (tableau 24). C'est le cas pour toutes les professions, à l'exception des dentistes. Pour les pharmaciens, l'accréditation est plus de trois fois plus susceptible d'être accordée aux activités qu'aux prestataires (68 % contre 21 %). Pour les médecins, ce rapport est de deux à un ; les différences sont moins prononcées pour les infirmières et les sage-femmes.

Tableau 3 : Base d'accréditation



Source : Etude de la Commission Européenne

[60] Les critères d'accréditation comprennent le plus souvent le respect des lignes directrices professionnelles (de 79 % des cas pour les pharmaciens à 56 % pour les infirmières), les résultats de l'apprentissage (de 79 % pour les pharmaciens à 52 % pour les médecins) et la durée de l'activité de DPC (de 78 % pour les sage-femmes à 56 % pour les infirmières). Pour les médecins, six pays mentionnent explicitement l'utilisation du système UEMS EACCME® (Chypre, Grèce, Luxembourg, Malte, Portugal et Suède). L'EACCME® est un système d'accréditation européen volontaire géré par l'Union européenne des médecins spécialistes (UEMS). Parmi les autres critères mentionnés figurent les qualifications du conférencier et la divulgation des conflits d'intérêts. Les critères d'accréditation ne diffèrent généralement pas selon le prestataire, bien que dans certains

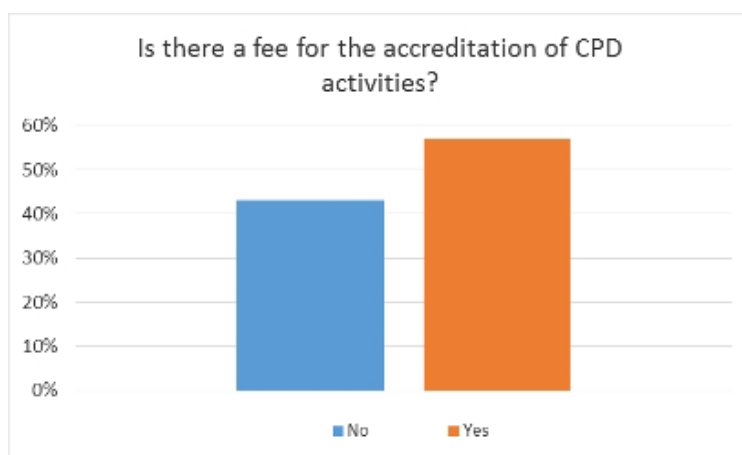
cas, les établissements d'enseignement supérieur soient exemptés de la nécessité de demander l'accréditation des activités de DPC qu'ils proposent, par exemple.

4.2 Le financement de l'accréditation du DPC

[61] La majorité des répondants ont indiqué que l'accréditation du DPC était payante (tableau 25). L'accréditation du DPC pour les médecins et les pharmaciens est le plus souvent payante (70 % des réponses pour les médecins et 68 % des réponses pour les pharmaciens). C'est moins souvent le cas pour les infirmières et les sage-femmes (50 %) et pour les dentistes (42 %). Le montant des honoraires déclarés diffère selon les pays et les professions et varie entre

[62] De 1,50 € par infirmière et sage-femme participante en Bulgarie à plus de 2 500 € par activité d'apprentissage en ligne pour les médecins, dentistes ou pharmaciens en Italie.

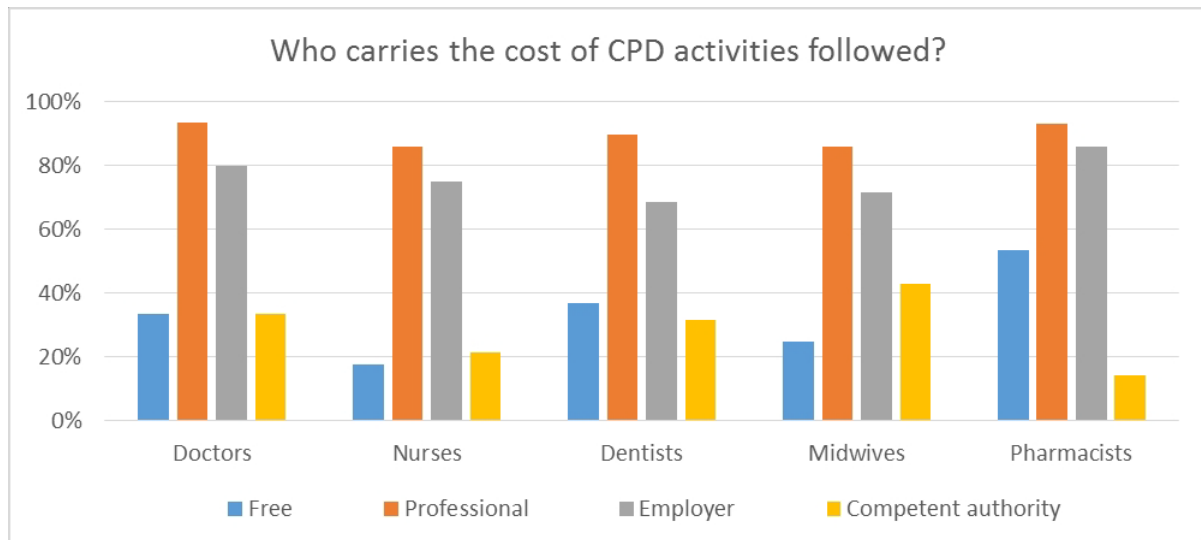
Tableau 4 : Frais d'accréditation du DPC



Source : Etude de la Commission Européenne

[63] Les cinq professions indiquent que l'autofinancement par le professionnel est la principale source de financement des activités de DPC, bien que ce soit moins le cas pour les pharmaciens. Une autre source de financement commune aux cinq professions est l'employeur ; cette source est la moins fréquente chez les dentistes (le statut d'indépendant n'est que la quatrième source la plus fréquente) et la plus fréquente chez les infirmières et les sage-femmes. En conséquence, le secteur privé/commercial apparaît plus souvent chez les médecins et les pharmaciens que chez les infirmières et les sage-femmes, dont la troisième source de financement la plus fréquente est l'organisation professionnelle. Il convient de noter que le financement par le secteur privé/commercial peut ne pas avoir été déclaré comme financement d'activités de DPC sur un pied d'égalité avec les autres sources, étant donné qu'il est souvent soumis à des lignes directrices strictes et peut donc être considéré comme une forme de financement différente. Pour les dentistes, les organisations professionnelles étaient tout aussi susceptibles de financer le DPC que le secteur privé/commercial (tous deux classés en deuxième position). Le tableau 26 ci-dessous montre qui prend en charge les coûts du DPC.

Tableau 5 : Coût des activités de DPC



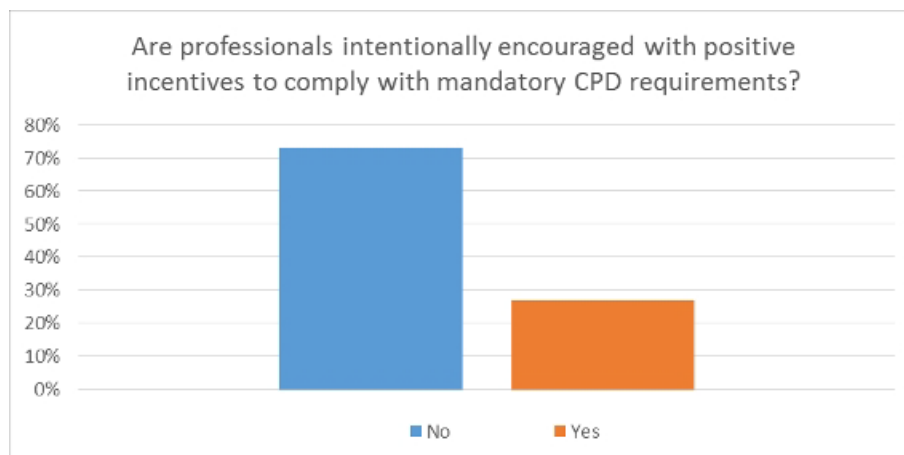
Source : Etude de la Commission Européenne

[64] La catégorie "gratuit" décrit la situation dans laquelle le DPC est gratuit pour le professionnel.

4.3 Les incitations à se conformer aux exigences en matière de DPC

[65] Dans l'ensemble, moins d'un tiers des personnes interrogées ont indiqué que les professionnels sont intentionnellement encouragés par des incitations positives à se conformer aux exigences obligatoires en matière de DPC.

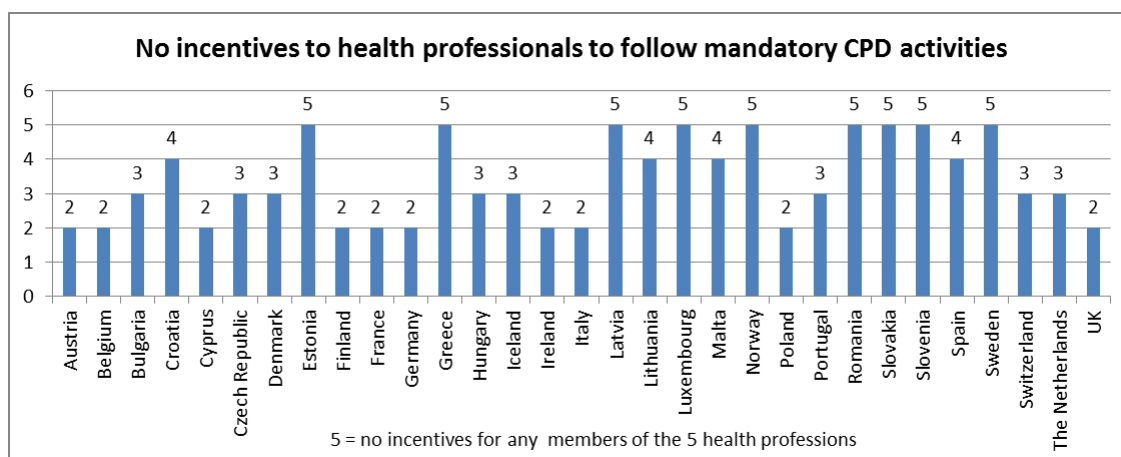
Tableau 6 : Incitations à se conformer aux exigences obligatoires en matière de DPC



Source : Etude de la Commission Européenne

[66] Si l'on examine les données par pays, on constate que certains pays n'incitent aucune des professions à se conformer aux exigences obligatoires en matière de DPC.

Tableau 7 : Absence d'incitation par pays



Source : *Etude de la Commission Européenne*

[67] Pour les pharmaciens espagnols, les crédits obtenus en adhérant au cadre volontaire de DPC peuvent être enregistrés et utilisés dans le cadre d'appels d'offres publics pour les pharmacies communautaires. La Croatie et la Finlande ont mis en place des compensations fiscales pour les employeurs qui fournissent du DPC aux pharmaciens.

[68] En France, il existe un régime fiscal spécial pour le DPC, avec un plafond de dépenses éligibles fixé chaque année. Pour un médecin indépendant, par exemple, le plafond est de 2990 euros. En Islande, une convention collective a été adoptée entre le Trésor islandais et l'organisation professionnelle, permettant aux médecins de prendre 15 jours de congés payés par an pour participer à des cours, des séminaires, y compris les frais de déplacement et les honoraires, avec une limite maximale.

[69] À Malte, les médecins peuvent prétendre à 1 150 euros par an s'ils sont employés dans le secteur public, en plus de l'allègement fiscal.

[70] En Belgique, les dentistes bénéficient d'un système d'incitations positives de 2 700 euros par an s'ils se conforment au cadre volontaire du DPC, tel qu'il est réglementé par l'Institut de sécurité sociale. Les médecins belges bénéficient également d'un taux de remboursement plus élevé pour les services médicaux s'ils respectent les recommandations en matière de DPC.

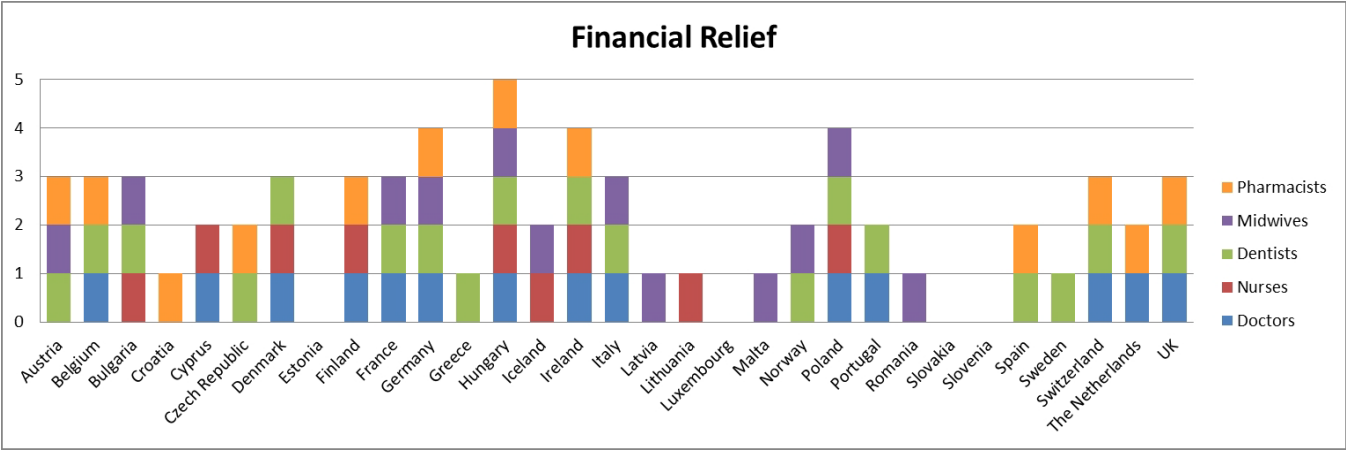
[71] Dans l'ensemble, les médecins et les dentistes pouvaient bénéficier de compensations fiscales dans près de la

[72] Moitié des pays. Les infirmières, les sage-femmes et les pharmaciens ont indiqué des chiffres inférieurs. Dans

[73] Le cas des infirmières, cela peut s'expliquer par le fait qu'elles sont moins nombreuses à travailler à leur compte. Il existe des exemples clairs de pays où l'organisation professionnelle a négocié un avantage fiscal spécifique pour les dépenses liées au DPC.

[74] Les répondants ont également été invités à signaler les allègements financiers en place pour les pratiques de DPC. Les tableaux 34 et 35 présentent les pays et des exemples d'allègements financiers potentiellement disponibles pour les professionnels.

[75] Parmi les infirmières, certaines personnes interrogées ont indiqué que les ministères de la santé offraient des subventions ou des fonds. C'est le cas de la Bulgarie, de Chypre, du Danemark, de la Hongrie, de l'Islande, de l'Irlande et de la Lituanie.



Source : Etude de la Commission Européenne

Tableau 8 : Aide financière par pays et par profession

Incitations financières					
Pays	Médecins	Infirmières	Dentistes	Sages-femmes	Pharmaciens
Autriche	Aucun	N/A	Compensations fiscales	Compensations fiscales	Avantages financiers

Source : Etude de la Commission Européenne

[76] **Eléments spécifiques à certains pays de l'UE**

[77] Les éléments suivants sont extraits de **ISFM** octobre 2018

[78] Dans quelle direction la formation continue se développe-t-elle ?

[79] Prise de position de l'Institut suisse pour la formation médicale post graduée et continue (ISFM)

[80] Et de l'enquête menée auprès des conseillers aux affaires sociales par la DAEI en 2023.

5 L'Allemagne

[81] La réglementation allemande prévoit que « Le médecin conventionné est tenu de suivre une formation continue spécialisée dans la mesure nécessaire au maintien et au développement des connaissances spécialisées requises pour l'exercice de sa profession dans le cadre des soins médicaux conventionnés. Les contenus de la formation continue doivent correspondre à l'état actuel des connaissances scientifiques dans le domaine de la médecine, de la médecine dentaire ou de la psychothérapie. Ils doivent être exempts d'intérêts économiques. »

[82] Chaque praticien doit obtenir 250 points en cinq ans. Selon la durée et le thème de la formation, il est possible de cumuler entre 5 et 28 points par formation. Le thème des formations est indiqué par les ordres professionnels.

[83] Si un médecin ne remplit pas (entièrement) son obligation de formation continue, il peut rattraper les formations nécessaires au cours des deux années suivantes. Toutefois, cela implique également une réduction des honoraires : une réduction de 10 % pour les quatre premiers trimestres et 25 % pour les trimestres suivants. Les réductions cessent dès que tous les certificats nécessaires peuvent être présentés. Si, après ce délai, le médecin n'a toujours pas rempli son obligation de formation continue, l'autoriser d'exercer peut-être retirée.

6 Les Pays-Bas

[84] La Société royale néerlandaise pour la promotion de la médecine (*KNMG : Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst*) et ses sous-organisations spécialisées sont responsables de l'enregistrement et de la formation comme condition préalable au renouvellement de la certification des médecins. Actuellement, les médecins généralistes sont tenus de fournir tous les cinq ans l'attestation d'au moins 16 heures hebdomadaires de pratique professionnelle dans leur spécialité et de 200 heures de DPC sur cinq ans, ainsi qu'une attestation d'activité pour toute la gamme des soins de médecine générale. Depuis 2009, ils sont également tenus de fournir chaque année 50 heures de service de nuit ou de week-end.

[85] Le rapport précité du PR Uzan indique que « **En Hollande**, un mécanisme de qualification (appelé « registration » ou « enregistrement ») a été complété par une phase de requalification depuis 1991. Un critère quantitatif était utilisé, basé sur un nombre d'heures de pratique professionnelle. Un critère qualitatif est maintenant associé. 40 heures de formation continue annuelles sont indispensables. Les sociétés savantes de spécialistes assurent cette formation continue. Par ailleurs, le CBO (institut néerlandais pour l'amélioration de la qualité en santé) a développé une certification d'équipes, aussi bien hospitalières qu'ambulatoires, pluridisciplinaires, assurées par des « visitations » de pairs, de sociétés savantes médicales, de spécialités correspondantes (développées avec la méthode de l'audit clinique). Globalement, la recertification (ou requalification) est principalement basée sur la formation médicale continue qui doit être effective, avec une analyse des pratiques dans le cadre de la certification des équipes. »

[86] En outre, les EPA sont désormais utilisées aux Pays-Bas comme instrument de recertification obligatoire. Les visites collégiales ont lieu tous les cinq ans et sont effectuées par la société scientifique concernée. Ces visites consistent en une évaluation exhaustive du cabinet et en des discussions continues sur le respect des directives cliniques et l'inclusion des commentaires des patients. Les mêmes exigences s'appliquent aux spécialistes, à l'exception des visites [25,26]. Voici un aperçu de la méthodologie : ces derniers temps, la définition des objectifs d'apprentissage pour la formation continue s'est de plus en plus concentrée sur le concept prometteur d'*Entrustable Professional Activities* (EPA : activités professionnelles acquises et validées) au lieu de longues listes d'objectifs isolés. Ces EPA sont des ensembles de compétences applicables et fiables et sont même considérées par de nombreux auteurs comme une garantie de succès pour la formation post graduée et continue moderne. En Hollande, l'un des pays d'origine des EPA, cette nouvelle méthodologie est déjà mise en pratique. Elle a pour but de

favoriser l'acquisition interdisciplinaire de compétences. Voici un aperçu de la méthodologie : ces derniers temps, la définition des objectifs d'apprentissage pour la formation continue s'est de plus en plus concentrée sur le concept prometteur d'*Entrustable Professional Activities* (EPA: activités professionnelles acquises et validées) au lieu de longues listes d'objectifs isolés. Ces EPA sont des ensembles de compétences applicables et fiables et sont même considérées par de nombreux auteurs comme une garantie de succès pour la formation postgraduée et continue moderne. En Hollande, l'un des pays d'origine des EPA, cette nouvelle méthodologie est déjà mise en pratique. Elle a pour but de favoriser l'acquisition interdisciplinaire de compétences et se base sur la pyramide de Miller (cf. référence 9 pour davantage d'informations). Une EPA est divisée en plusieurs étapes, dont le nombre peut varier :

Tabl. 1 : Gradations d'une EPA

1. En mesure d'observer l'activité médicale
2. En mesure d'exercer l'activité médicale sous étroite surveillance
3. En mesure d'exercer l'activité médicale en pouvant demander de l'aide
4. En mesure d'exercer l'activité médicale de façon autonome
5. En mesure de superviser d'autres personnes à exercer l'activité médicale

[87] Les EPA ont leur point de départ dans le modèle des CANMEDS, qui résume les compétences de chaque médecin en sept rôles. Élaboré au Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, ce modèle, qui attire l'attention du monde entier depuis 2005, fournit une base largement reconnue pour décrire les compétences médicales [10,11].

[88] Les auteurs partent du principe que le concept des EPA peut combler l'écart entre la théorie et la pratique clinique et servir de modèle à appliquer dans toutes les disciplines médicales, que ce soit au niveau de formation prégraduée, postgraduée ou continue [10,11].

7 La Norvège

[89] En Norvège, plusieurs organisations sont actives en matière d'assurance qualité. **L'Association médicale norvégienne (*Den norske legeforening*) est un groupe d'intérêt qui** représente les médecins tant sur le plan professionnel que syndical. Son domaine de responsabilité comprend également la formation médicale continue et le développement professionnel des médecins. Dans l'intervalle de cinq ans, 300 crédits (1 crédit = 60 min) doivent être obtenus, moins de la moitié des activités de formation requises (140 crédits) étant fixées et les 160 crédits restants pouvant être obtenus grâce à diverses autres activités, notamment démarche qualité, travail scientifique, séminaires, enseignement, attestation de compétences pratiques étendues, etc. De cette façon, les médecins peuvent établir des priorités en fonction des besoins. Cependant, une véritable recertification n'a jusqu'à présent été effectuée que pour les médecins qui ont atteint l'âge de 75 ans [24,26].

8 Le Royaume-Uni

[90] Depuis 1983, la revalidation des médecins 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.

[91] La revalidation 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. 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.

[92] L'évaluation est menée par un médecin dit « senior » employé par la même organisation, c'est-à-dire le même groupement d'établissements publics du service de santé national, le NHS, ou le même territoire de santé que le médecin évalué. Le médecin senior fait une recommandation sur l'aptitude du médecin à exercer à l'Ordre, la GMC.

[93] La recommandation se fonde sur deux aspects distincts :

- **Les résultats d'évaluations annuelles du médecin évalué sur une période de cinq ans.**
- L'évaluation de la gouvernance clinique de l'établissement, évaluée contre des indicateurs de performance clés (*KPIs : key performance indicators*) fixés pour chaque département de l'établissement.
- **Développement professionnel continu** (*continuing professional development*) : activités d'apprentissage entreprises par les médecins durant l'année pour s'assurer qu'ils restent au courant des dernières pratiques de leur domaine. Ces activités sont notées par des crédits (voir Q4).
- **Activité d'amélioration de la qualité** (*quality improvement activity*) : implication du médecin dans des activités qui améliorent la qualité de leur service, telles que des audits ou des examens de la pratique clinique.
- **Analyse des événements importants** (*significant event analysis*) : réflexion sur tout événement important et les leçons tirées.
- **Commentaires des collègues et patients** (*feedback from colleagues and patients*) : collecte et réflexion sur les commentaires des collègues et des patients.

[94] Les professions suivantes dans les secteurs public et privé sont également concernées par des procédures de revalidation :

- Médecins → revalidés par le Conseil Général de Médecine ([General Medical Council](#))
- Sage-femmes → revalidés par le Conseil des Infirmiers et des Sage-Femmes ([Nursing & Midwifery Council](#))

- Infirmiers → revalidés par le Conseil des Infirmiers et des Sage-Femmes ([Nursing & Midwifery Council](#))
- Pharmaciens → revalidés par le Conseil Général de l'Industrie Pharmaceutique ([General Pharmaceutical Council](#))

[95] Les professionnels des quatre professions précitées de santé ci-dessus doivent être enregistrés auprès de ces institutions pour exercer ; ces institutions ont la charge de les revalider périodiquement.

[96] Les dentistes n'ont pas de procédure revalidation, mais ont cependant une évaluation annuelle de leur performance similaire à celle des médecins (cf. schéma Q2)

[97] [Le Conseil des professions de la santé et des soins](#) (HCPC : *Health and Care Professions Council*) réglemente 15 catégories de professionnels de la santé et des soins, dont :

- Pédicure-podologue
- Masseurs-kinésithérapeute
- Art-thérapeute
- Chercheur clinicien
- Diététicien
- Aides auditives audiologistes
- Orthoptiste
- Psychologues
- Prothésiste
- Orthophoniste

[98] Les professionnels de santé doivent renouveler leur inscription tous les deux ans. Pour ce faire, les professionnels de santé doivent démontrer qu'ils sont encore aptes à exercer et répondent aux [normes de compétence](#) du HCPC.

[99] Les dentistes et autres professionnels de santé régulés par le HCPC (voir question précédente) ont une évaluation annuelle ou biennale dans laquelle ils doivent décrire les activités de développement professionnel continu entreprises. Ces **activités sont comptées sous forme de crédit** : toute activité complétée permet d'obtenir un nombre déterminé de crédits de formation continue, qu'il s'agisse d'un cours en ligne, d'un séminaire, d'une conférence, d'un webinaire ou d'un atelier. Chaque collège royal et faculté exige des médecins un nombre déterminé de crédits de développement professionnel continu sur cinq ans (par exemples 250 heures de formation pour les dentistes sur 5 ans).

[100] Les quatre professions sujettes à la revalidation (médecins, sage-femmes, pharmaciens, infirmiers), les dentistes et les professionnels de santé régulés par le HCPC se voient **retirer leur droit d'exercer et leur retrait du registre médical** s'ils ne complètent pas la revalidation ou l'évaluation annuelle.

[101] Certains hôpitaux décident que les médecins et les dentistes qui n'ont pas effectué d'évaluation annuelle ne peuvent pas bénéficier de leur progression salariale habituelle ou des primes annuelles.

[102] Le NHS finance les formations de ses praticiens. Par ailleurs, les conseils nationaux proposent des subventions ou des bourses. Le gouvernement peut subventionner des formations pour compenser les tensions de recrutement.

[103] La figure 4 ci-dessous présente différents exemples choisis de plusieurs pays. Cette liste offre une vue d'ensemble mais n'expose ni les avantages ni les inconvénients des systèmes présentés. SIWF¹ ISFM | siwf@fmh.ch | www.siwf.ch

9 Récapitulatif des dispositifs pour certains pays

Pays	Intervalle de temps	Crédits / min	CME / CPD	Examens par des pairs	Caractère de la CME / du CPD	Sanctions ou récompenses	Autorité principale de régulation
Suisse	3 ans (240 crédits, dont 150 à attester)	1 / 45-60 min	Oui	Non	Obligatoire	Avertissement ou amende par les autorités sanitaires cantonales (contrôles effectués sporadiquement)	Institut suisse pour la formation médicale postgraduée et continue (ISFM) & sociétés de discipline médicale
Allemagne	5 ans (250 crédits)	1 / 45 min	Oui	Non	Obligatoire	Obligation de suivre une formation continue (sinon réduction des honoraires, voire retrait de l'admission en tant que mesure ultime)	Chambre fédérale des médecins (<i>Bundesärztekammer</i>) & Chambres médicales des États (<i>Ärztekammern der Bundesländer</i>)
Autriche	5 ans (250 crédits)	1 / 45 min	Oui	En partie	Obligatoire	Obligation de formation continue selon la loi sur les médecins	Association médicale autrichienne (ÖÄK) & Académie autrichienne des médecins (<i>österreichische Akademie der Ärzte</i>)
France	5 ans (250 crédits)	1 / 45-60 min	Oui	Oui	Obligatoire	Obligation de formation continue	Conseils national & régionaux de la formation médicale continue (CNFMC / CRFMC)
Belgique	3 ans (60 crédits)	1 / 60 min	Oui	Oui	Volontaire	Incitations financières (honoraires)	Le service public fédéral de la santé publique

RAPPORT IGAS N°2024-041R

						augmentés d'environ 4 %)	
Pays-Bas	5 ans (200 crédits)	1 / 60 min	Oui	Oui (<i>visitatie</i>)	Obligatoire	Exclusion du registre des médecins	Société royale néerlandaise pour la promotion de la médecine (KNMG)
Norvège	5 ans (300 crédits)	1 / 60 min	Oui	Non	Obligatoire (pour les généralistes)	Incitations financières à la recertification	Association médicale norvégienne (<i>Den norske le-geforening</i>)
Royaume-Uni	5 ans (250 crédits)	1 / 60 min	Oui	Oui (incl. Feed-back à 360°)	Obligatoire	Une évaluation défavorable donne lieu à une supervision du cabinet	Conseil médical général (<i>General Medical Council</i>)
États-Unis	1-4 ans (20-50 crédits par année)	1 / 60 min	Oui	Oui	Obligatoire	Perte de certification	<i>State Medical Boards & Accreditation Council for Continuing Medical Education (ACCME)</i>
Canada	5 ans (400 crédits)	1 / 60 min	Oui	Oui	Obligatoire	Aucune connue	Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada (RCPSC)

ANNEXE 7 : Rôle et composition des Centres Nationaux Professionnels

[1] L'article L.4021-3 du code de la santé publique dispose que « Les conseils nationaux professionnels regroupent, pour chaque profession de santé ou, le cas échéant, pour chaque spécialité, les sociétés savantes et les organismes professionnels. »

[2] L'article D.4021-1-1 dispose que « Pour être reconnu comme Conseil national professionnel au sens de l'article L. 4021-3, les organismes créés à l'initiative des professionnels de santé, par profession ou spécialité, doivent remplir les conditions prescrites par les dispositions de la présente section.

« Chaque profession ou spécialité ne peut être représentée que par un seul Conseil national professionnel.

« Le terme de spécialité s'entend comme visant des professionnels de santé ayant validé des diplômes et titres ouvrant droit à la spécialité ou, à défaut, ouvrant droit à la qualification ou, à défaut, correspondant à l'inscription au tableau de l'Ordre lorsque la profession dispose d'un Ordre.

« La liste des Conseils nationaux professionnels et, le cas échéant, des structures fédératives est établie par arrêté du ministre chargé de la santé.

« Chaque Conseil national professionnel ou chaque structure fédérative conclut avec l'Etat une convention. En l'absence de conclusion de cette convention, le Conseil national professionnel ou la structure fédérative ne peut plus figurer sur la liste mentionnée à l'alinéa précédent. »

[3] Les CNP sont des associations loi 1901.

[4] L'arrêté du 20 août 2019 a dressé la liste de 64 CNP et d'une structure fédérative (la fédération des spécialités médicales qui regroupe les CNP médicaux).

[5] L'article L.4021-3 précité du code de la santé publique dispose que « Pour chaque profession ou spécialité, les conseils nationaux professionnels proposent un parcours pluriannuel de développement professionnel continu qui permet à chaque professionnel de satisfaire à son obligation. (...) ».

[6] L'article D.4021-2 du même code dispose que :

« Pour chaque profession ou, le cas échéant, pour chaque spécialité, les conseils nationaux professionnels proposent :

1° Les orientations prioritaires de développement professionnel continu prévues à l'article [L. 4021-2](#) ;

2° Le parcours pluriannuel de développement professionnel continu défini à l'article [L. 4021-3](#) ;

3° Un document de traçabilité permettant à chaque professionnel de retracer les actions de développement professionnel continu réalisées dans le cadre de son obligation triennale.

II. - Les conseils nationaux professionnels :

1° Apportent leur concours aux instances de l'Agence nationale du développement professionnel continu mentionnée à l'article L. 4021-6, notamment pour la définition des critères d'évaluation des actions de développement professionnel continu proposées par les organismes ou les structures et l'élaboration des plans de contrôle annuel des actions de développement professionnel continu ;

2° Proposent, en liaison avec le Haut Conseil du développement professionnel continu des professions de santé prévu à l'article [R. 4021-11](#), les adaptations qu'ils jugent utiles des méthodes de développement professionnel continu définies par la Haute Autorité de santé ;

3° Assurent une veille sur les initiatives de terrain et les besoins des professionnels et communiquent au ministre chargé de la santé et à l'Agence nationale du développement professionnel continu toutes informations ou propositions qu'ils jugent utiles pour évaluer l'intérêt et la pertinence des actions proposées et promouvoir le caractère collectif du développement professionnel continu, en secteur ambulatoire et en établissement de santé.

III. - L'avis des conseils nationaux professionnels peut être sollicité :

1° Par le ministre chargé de la santé, l'Agence nationale du développement professionnel continu et le Haut Conseil du développement professionnel continu des professions de santé, sur les modifications éventuelles du développement professionnel continu et l'évaluation de son impact sur les pratiques professionnelles ;

2° Par les instances ordinales, les agences régionales de santé et les employeurs auprès desquels les professionnels justifient de leur engagement dans le développement professionnel continu.

IV. - Au titre de son expertise dans les domaines mentionnés aux alinéas précédents, un Conseil national professionnel ou une structure fédérative peut conclure avec le Conseil national d'un ordre une convention, dans le cadre, notamment, de sa mission de contrôle de l'obligation de développement professionnel continu. »

[7] L'article D.4021-2-1 dispose que : « Outre les missions définies à l'article D. 4021-2, et dans l'objectif d'améliorer les processus de prise en charge, la qualité et la sécurité des soins et la compétence des professionnels de santé, les Conseils nationaux professionnels ont également pour missions :

1° D'apporter une contribution notamment en proposant des professionnels susceptibles d'être désignés en tant qu'experts, dans les domaines scientifique et opérationnel liés à l'organisation et à l'exercice de la profession ou de la spécialité ;

2° De contribuer à analyser et à accompagner l'évolution des métiers et des compétences des professionnels de santé à travers notamment la définition de référentiels métiers et de recommandations professionnelles ;

3° De participer à la mise en place de registres épidémiologiques pour la surveillance des évènements de santé et de registres professionnels d'observation des pratiques.

4° De désigner, à la demande de l'Etat, des représentants de la profession ou de la spécialité pour siéger dans les structures appelées à émettre des avis sur les demandes d'autorisations d'exercice ou de reconnaissance des qualifications professionnelles.

« Dans ce cadre, les Conseils nationaux professionnels peuvent être sollicités par l'Etat ou ses opérateurs, les caisses d'assurance maladie, les autorités indépendantes, les agences sanitaires, ou les instances ordinales. » Ces missions sont remplies de manière autonome par les Conseils nationaux professionnels ainsi que, le cas échéant, en coopération avec d'autres Conseils nationaux professionnels ou une structure fédérative.

« Ces missions sont assurées dans le respect des principes mentionnés à l'article D. 4021-3-4. »

[8] Par ailleurs, l'article D.4022-1 du code de la santé publique dispose que -Le conseil national de la certification périodique mentionné à l'article L. 4022-5 est composé d'une instance collégiale et de commissions professionnelles. (...) mission professionnelle comprend des représentants des conseils nationaux professionnels de la profession et des spécialités concernés et, lorsqu'elles existent, leurs structures fédératives, dans la limite de vingt-cinq membres nommés pour une durée de trois ans. Chaque commission professionnelle est présidée par le président du conseil national professionnel qui le compose, ou par un membre de cette commission qu'il désigne à cet effet. Lorsque la commission regroupe plusieurs conseils nationaux professionnels, la commission est présidée par la personne désignée par leurs présidents et, lorsqu'elle existe, par le président de la structure fédérative pour les conseils nationaux professionnels qu'elle représente. Un vice-président est désigné dans les mêmes conditions. »

[9] L'article R.4022-8 II dispose que « avis du conseil national professionnel compétent, le ministre chargé de la santé arrête le référentiel de certification périodique de chaque profession ou spécialité ».

LETTRE DE MISSION



**MINISTÈRE
DE LA SANTÉ
ET DE LA PRÉVENTION**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

Le Ministre

CAB AR/DGOS-RHSS

Pegase : D-23-022507

Paris, le **17 NOV. 2023**

NOTE

à l'attention de M. Thomas AUDIGÉ
Chef de l'inspection générale des affaires sociales

Objet : Note relative à la demande d'analyse complémentaire du rapport « Evaluation de l'Agence nationale du développement professionnel continu »

La lettre de mission du 18 août 2022 adressée à l'IGAS demandait que soit évaluée l'Agence nationale du développement professionnel continu (DPC) dans le cadre du renouvellement de son COP et que soit menée une réflexion plus systémique sur le périmètre du DPC et son articulation avec la future certification périodique et la formation continue.

La mission a ainsi conduit de nombreuses auditions avec l'ensemble des acteurs impliqués dans le dispositif du DPC. Elle dresse le constat d'un *déploiement du DPC très en deçà des ambitions affichées* et la lettre de synthèse accompagnant le rapport retient un scénario à positionnement constant de l'agence en tant qu'acteur national du pilotage du DPC.

En complément, et dans la perspective d'une réforme d'ensemble du DPC et de la certification périodique, il est demandé à l'IGAS d'expertiser un ou plusieurs scénarios ayant pour objet de :

- Transformer profondément le fonctionnement et les missions de l'agence pour répondre à l'enjeu de l'article L.4021-1 du code de la santé publique et ainsi positionner le DPC comme dispositif socle de la certification périodique ;
- Revoir la finalité des missions de l'agence nationale au service du contrôle de la qualité des actions de la certification et préciser la place des autres acteurs dans l'offre de formation attendue pour le maintien des compétences des professionnels de santé.

La justification du maintien d'un financement public pour les professionnels concernés et d'une capitalisation sur la régulation de la qualité par la seule ANDPC n'est pas suffisante pour assurer le maintien en l'état de l'Agence et s'assurer de l'acceptabilité de ce scénario unique par les parties prenantes, en s'articulant avec la certification périodique.

La conduite d'une analyse complémentaire devrait permettre d'étayer une réponse adaptée aux enjeux liés à l'articulation de l'ensemble des dispositifs concourant au maintien des compétences des professionnels de santé tout en veillant à la mise en place d'une organisation soutenable notamment sur le plan financier.

Elle devra également prendre en compte l'articulation nécessaire avec la Haute Autorité de Santé s'agissant de l'évolution des méthodes d'évaluation des pratiques professionnelles et de gestion des risques.

Je souhaiterais disposer de ces conclusions d'ici le mois de février afin d'appuyer la réflexion sur le schéma cible de mise en place de la certification périodique.



Aurélien ROUSSEAU

Copies :

- M. Pierre Pribile, secrétaire générale des ministères chargés des affaires sociales
- Mme Marie Daudé, directrice générale de l'offre de soins
- M. Franck Von Lennep, directeur de la sécurité sociale
- M. Jean-Benoît Dujol, directeur général de la cohésion sociale