



# Evaluation de l'Agence nationale du développement professionnel continu (ANDPC)



Tome 1 : Rapport



**Laurent GRATIEUX**

**Julien ROUSSELON**

**Membres de l'inspection générale des affaires sociales**

# SYNTHESE

[1] Le développement professionnel continu (DPC) est une obligation imposée à l'ensemble des professionnels de santé, soit 28 professions totalisant environ 2 millions de personnes, par la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (dite loi HPST<sup>1</sup>). Pour la mise en œuvre de cette obligation, un opérateur spécialisé a été créé en 2012 sous forme de groupement d'intérêt public (GIP), l'organisme gestionnaire du développement professionnel continu (OGDPC), transformé en 2016 en l'agence nationale du développement professionnel continu (ANDPC), restée sous le statut de GIP.

[2] L'agence a deux missions principales. La première consiste à promouvoir le DPC auprès de l'ensemble des professionnels de santé et à gérer l'offre d'actions de DPC proposées par des opérateurs de tous statuts qu'elle est chargée de publier et d'évaluer ; la seconde consiste à contribuer au financement du DPC et sa gestion financière pour les professionnels de santé libéraux conventionnés ou salariés des centres de santé conventionnés<sup>2</sup> ainsi qu'à contribuer au financement d'actions pour les médecins des établissements de santé et médico-sociaux, et ce grâce à une dotation des régimes d'assurance maladie.

[3] Par lettre du 18 août 2022, le ministre de la santé et de la prévention a demandé à l'IGAS de réaliser une mission d'évaluation de l'ANPDC visant à établir le bilan du premier contrat d'objectifs et de performance (COP) 2018-2021<sup>3</sup> de l'agence, à évaluer la prise en compte des recommandations formulées par la Cour des comptes dans un relevé d'observation définitives et un référé d'avril 2019 et à dresser un état des lieux du déploiement du DPC, notamment chez les professionnels de santé salariés. Cette demande intervient alors que la certification périodique, nouvelle obligation avec laquelle le DPC devra s'articuler, va s'imposer aux professionnels de santé relevant d'un ordre.

[4] **Le rapport fait tout d'abord un bilan mitigé de l'exécution du COP.** Des progrès significatifs ont été en effet réalisés par l'agence dans plusieurs domaines : la gestion des enveloppes financières a été optimisée de façon à éviter leur consommation anticipée ; les services aux utilisateurs ont été améliorés par la professionnalisation d'une plateforme de réponse téléphonique et courriel et par l'engagement d'une démarche de refonte et de modernisation des services en ligne ; la fonction de contrôle des dépenses a été renforcée en réponse aux recommandations de la Cour des comptes, avec des actions de lutte contre les indus et la fraude qui commencent à porter leurs fruits. Cependant, seul un quart des actions prévues a été mené à terme, la moitié a été réalisée avec retard ou partiellement et le dernier quart a été abandonné. De fait, l'agence comme ses tutelles, qui sont en même temps les membres fondateurs du GIP, semblent s'être progressivement désintéressées de cet instrument de pilotage comme l'illustre le caractère du plus en plus formel et succinct des comptes rendus des réunions de suivi au fil du

---

<sup>1</sup> Modifiée notamment par la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

<sup>2</sup> Pour les professionnels de santé libéraux conventionnés et salariés des centres de santé conventionnés, l'article R. 4021-7 du CSP emploie successivement les expressions « contribuer au financement des actions » et « assurer la gestion financière du DPC ».

<sup>3</sup> En pratique, il s'est initialement agi d'un COP triennal 2018-2020, par la suite prorogé d'un an par avenant.

temps. La dernière année du COP (2021 suite à la signature de l'avenant de prolongation), n'a ainsi fait l'objet d'aucun bilan.

[5] **Le rapport dresse ensuite le constat d'un déploiement du DPC très en deçà des ambitions affichées**, en raison de l'absence de leviers pour inciter les professionnels à suivre des actions et pour les accompagner, notamment financièrement, dans cette démarche. La principale limite du dispositif tient en effet au fait que l'ANDPC, héritière de l'organisme de gestion de la formation continue conventionnelle négociée entre les professionnels libéraux et l'assurance maladie, ne dispose d'instruments de pilotage efficaces que pour les professionnels dont elle finance le DPC, c'est-à-dire les libéraux et les salariés des centres de santé conventionnés.

[6] **En particulier, le dispositif n'a pas été pensé pour les salariés, notamment la part importante d'entre eux exerçant en établissements de santé et médicaux sociaux** : les moyens financiers sont ainsi particulièrement limités pour les salariés des établissements privés, le produit de la cotisation légale de formation n'étant pas redistribué aux établissements de plus de cinquante salariés ; les salariés de la fonction publique hospitalière sont en principe mieux lotis grâce à une cotisation de formation plus élevée mais le produit de celle-ci est majoritairement consommé pour les études promotionnelles non éligibles au DPC ; par ailleurs, les multiples obligations réglementaires auxquelles sont astreints les établissements les conduisent à privilégier les actions de formation associées ou les actions d'adaptation à l'emploi, autant d'actions qui ne sont pas aujourd'hui considérées comme éligibles au DPC. La DGOS elle-même, bien que principale tutelle de l'ANDPC, n'identifie pas spécialement le DPC quand elle fixe annuellement aux établissements de la fonction publique hospitalière des priorités de formation continue. En outre, le suivi du DPC pour les salariés est inexistant : seuls 3 % des professionnels non pris en charge par l'agence avaient ouvert un document de traçabilité (DDT) sur son site fin 2022 pour y déposer leurs attestations des actions suivies.

[7] **La nécessité d'inscrire une action dans des orientations nationales prioritaires pour pouvoir la publier restreint en outre l'offre disponible**, notamment pour les professions les moins nombreuses ou dont les conditions d'exercice sont les plus variées. Les orientations prioritaires (OP) sont établies par arrêté ministériel à l'issue d'une démarche coordonnée par l'agence. Il s'agit d'une spécificité française : partout ailleurs, ce sont les professionnels eux-mêmes qui définissent leurs besoins. Si elle peut se justifier par le souci de bon emploi du financement de l'agence et par l'objectif d'encadrer une offre de formation continue pléthorique, elle s'avère avoir un effet très restrictif sur l'offre d'actions d'autres types tels que l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) ou la gestion des risques (GDR), dont le suivi est pourtant indispensable à la validation du DPC. Les établissements de santé doivent en effet s'enregistrer auprès de l'agence et y déposer un dossier pour les actions qu'ils réalisent eux-mêmes en interne, et les rattacher pour cela à une orientation prioritaire thématique. Cette contrainte, associée à la lourdeur des procédures de dépôt d'action pour des organismes non spécialisés dans le DPC, a conduit de nombreux établissements à renoncer à faire valider ces actions par l'agence, si bien que la plupart des actions qu'ils organisent en interne sont inconnues de l'ANDPC. De fait, l'offre d'action d'EPP et surtout de GDR est très limitée dans le catalogue de l'agence (47 actions de GDR en 2021 sur près de 17 000 actions).

[8] **Ceci concourt à ce que de nombreuses catégories professionnelles soient dans l'impossibilité de valider leur DPC**. Ainsi, les professionnels de l'appareillage cumulent ainsi les handicaps pour remplir leur obligation de DPC : effectifs trop peu nombreux pour intéresser les

ODPC, faible nombre d'actions ouvertes en dehors d'actions très généralistes relatives à la mise en œuvre de la politique nationale de santé, absence d'actions d'EPP ou de GDR adaptées, absence de financement dédié, en particulier pour les professionnels non-salariés.

[9] **L'intervention de l'agence pour assurer la qualité de l'offre apparaît aujourd'hui insuffisamment efficace.** Elle s'organise en deux niveaux : un contrôle de conformité systématique effectué par une équipe de professionnels de santé salariés de l'ANDPC au moment du dépôt des actions, et une évaluation de la qualité scientifique et pédagogique réalisée sur certaines actions échantillonnées par des commissions scientifiques indépendantes (CSI). Ces instances de l'agence sont, elles, composées d'experts proposés par les CNP. La régulation de la qualité souffre en premier lieu d'une distinction peu claire des missions respectives des deux niveaux d'intervention, aboutissant à des redondances et parfois à des contradictions dans les décisions. Mais surtout, la répartition très inégale des charges entre CSI ainsi que leur baisse globale de productivité a abouti à **une diminution continue, depuis 2020, du nombre d'évaluations réalisées avec un taux de sondage moyen inférieur à 8 % en 2021.** En outre, **les délais de notification aux ODPD des décisions des CSI sont devenus problématiques,** atteignant 272 jours en moyenne en 2021 pour les évaluations défavorables, ce qui signifie qu'une action évaluée négativement par une CSI va rester ouverte aux inscriptions pendant neuf mois.

[10] **L'arrivée de la certification périodique, nouvelle obligation pour les professions à ordre dont le non-respect peut faire l'objet de sanctions disciplinaires, plaide pour un élargissement du périmètre des actions éligibles au DPC.** En effet, le choix a été fait de valoriser au maximum les actions suivies par les professionnels pour permettre leur certification. Or les deux premiers « blocs » de la certification, qui visent respectivement le maintien et l'amélioration des compétences, et l'amélioration des pratiques, recouvrent les finalités du DPC.

[11] **S'il est bien prévu que les actions de DPC publiées par l'agence soient prises en compte par les blocs 1 et 2 de la certification, la volonté que la certification valorise l'existant devrait conduire à ce qu'elle retienne un périmètre beaucoup large d'actions.** Le risque existe donc qu'à périmètre inchangé du DPC, des professionnels soient certifiés sans valider leur DPC, situation que ni ces derniers, ni les ordres, ne sont prêts à accepter. Les Conseils nationaux professionnels (CNP) réunis au sein de la fédération des spécialités médicales (FSM), le collège de médecine générale et le CNP de pharmacie ont ainsi élaboré des parcours de DPC permettant de valider le DPC sur la base d'un périmètre plus large que celui des actions de DPC figurant au catalogue de l'agence, qui devrait correspondre à celui des blocs 1 et 2 des futurs référentiels de certification. Ce choix est motivé à la fois par le souci de cohérence entre les conditions permettant de respecter les deux obligations, et par la volonté d'échapper à la supervision de l'Agence. Il interroge cependant sur l'absence de processus de validation des actions suivies par les professionnels dans le cadre de tels parcours, dont le respect doit être attesté par les CNP.

[12] Dans ce contexte, le rapport formule une série de recommandations portant sur à la fois sur l'évolution du dispositif du DPC et sur le renforcement de l'efficacité de l'action de l'agence et de ses instances. La réflexion sur les suites à donner à ces recommandations doit, aux yeux de la mission, précéder le lancement des travaux d'élaboration du nouveau COP.

[13] Le rapport invite ainsi à **revoir en profondeur le périmètre et le contenu du DPC dans le contexte de l'entrée en vigueur de la certification périodique** :

- en réduisant, de manière concertée avec les professionnels, le périmètre des professions soumises à l'obligation en fonction de la possibilité de voir émerger une offre d'actions de tous types adaptées à leurs besoins, de les financer et de suivre leur réalisation ;
- en revoyant le dispositif des orientations prioritaires, pour clarifier le rôle de l'agence, renforcer celui des CNP dans leur élaboration et limiter le champ des orientations aux actions de formation, les actions d'EPP et de GDR n'ayant pas vocation à s'inscrire dans des orientations thématiques ;
- en élargissant le champ du DPC à d'autres actions ne s'inscrivant pas nécessairement dans des orientations nationales prioritaires mais répondant aux besoins prioritaires des établissements employeurs tout en rendant ceux-ci co-responsables de l'obligation de DPC de leurs salariés, et en engageant pour ce faire une action de communication auprès d'eux ;
- en envisageant l'élargissement du périmètre des professionnels dont le DPC est financé par l'agence à l'ensemble des professionnels de santé des centres de santé (seuls 10 professions en bénéficient aujourd'hui) et, s'ils sont maintenus dans le champ du DPC, aux professionnels non-salariés de l'appareillage.

[14] Le rapport propose également de renforcer le pilotage du DPC et la régulation de l'offre de formation par l'agence :

- en enrichissant les productions statistiques de l'agence par des analyses du type de celles réalisées par la mission sur la structuration de l'offre de formation ;
- en mettant en cohérence la procédure d'enregistrement des ODPC avec l'exigence de certification Qualiopi des organismes de formation ;
- en créant de nouvelles CSI pour augmenter les taux d'évaluation des actions, en modifiant les règles de désignation de leurs membres pour renforcer leur expertise scientifique et pédagogique, en renforçant les moyens d'appui de l'agence pour réduire les délais de notification, et plus globalement en clarifiant l'articulation des deux niveaux de régulation de la qualité ;
- en créant un comité d'utilisateurs réunissant des représentants des différentes catégories d'ODPC pour diffuser la connaissance des règles de gestion de l'agence et régler les difficultés de fonctionnement imputables notamment aux outils informatiques.

[15] Le rapport préconise enfin de **sécuriser le fonctionnement** de l'agence sur plusieurs plans ;

- en matière de gestion des ressources humaines, il est nécessaire de prendre des dispositions pour autoriser l'agence à recruter directement en CDI, ce que son statut de GIP lui interdit ;
- en matière de gestion du DPC, il convient de rétablir la disposition réglementaire supprimée en 2016 qui prévoyait que l'agence indemnise les professionnels pour les pertes de ressources imputables à la participation à des actions ; cette indemnisation qui représente un tiers des dépenses s'effectue en effet actuellement sans base légale ;

- en matière de contrôle des déclarations d'intérêts, celui visant les membres des instances doit être effectué régulièrement, ce qui n'est pas le cas aujourd'hui.

# RECOMMANDATIONS DE LA MISSION

n°	Recommandation	Priorité	Autorité responsable	Échéance
<b>L'évolution du DPC en articulation avec la certification périodique</b>				
10	Envisager, après concertation avec les représentants des professions concernées, de supprimer l'obligation du DPC pour les professions les plus en difficulté pour accéder à une offre complète de DPC (tous types d'actions confondus).	2	DGOS	2024
2	Donner une base réglementaire à la mission de l'agence dans l'élaboration des orientations prioritaires soumises au ministre chargé de la santé en définissant précisément son rôle par rapport à celui des CNP et inverser le calendrier pour élaborer les orientations par profession ou spécialité avant les orientations de la politique nationale de santé.	2	DGOS	Fin 2024
12	Limiter le champ des orientations prioritaires nationales à la formation continue et aux programmes intégrés.	1	DGOS	2023
13	Maintenir la possibilité de valider des actions de DPC ne s'inscrivant pas dans les orientations prioritaires et fixer le nombre minimal d'actions prioritaires en cohérence avec la règle imposée pour la certification périodique.	1	DGOS	2023
14	Etudier la prise en compte dans le périmètre du 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'obligations réglementaires auxquelles ils sont soumis, de l'adaptation à l'emploi, ou de la certification de nouvelles compétences.	1	DGOS	2023
15	Dans le cadre d'un DPC au périmètre élargi, rendre les employeurs co-responsables du respect de l'obligation de DPC de leurs salariés.	2	DGOS	2024
16	Engager une action de communication auprès des employeurs pour présenter conjointement les deux dispositifs (DPC et certification périodique) et les conditions d'éligibilité des actions relevant de chacun d'entre eux.	2	DGOS	2024

n°	Recommandation	Priorité	Autorité responsable	Échéance
11	Si le choix est fait de maintenir dans le champ de l'obligation de DPC l'ensemble des professionnels de santé salariés des centres de santé et les professionnels non-salariés de l'appareillage, élargir à tous ces professionnels le périmètre de prise en charge par l'ANDPC.	2	DGOS et DSS	2024
<b>Le renforcement de l'efficacité de l'action de l'agence</b>				
4	Alléger le contrôle à l'enregistrement des organismes certifiés Qualiopi tout en maintenant l'évaluation des actions (contrairement au modèle en vigueur pour les organismes de formation, sauf exceptions).	2	DGOS	2024
6	Doter le contrôle de conformité des actions d'une base réglementaire en précisant son périmètre d'intervention par rapport à celui des CSI. Modifier le mode de désignation des membres de CSI en conditionnant cette dernière à la détention d'une expertise scientifique et/ou pédagogique. Soumettre les propositions des CNP à l'avis du HCDPC, en lui donnant la faculté de puiser dans d'autres viviers de professionnels en cas d'absence de candidats répondant à ces conditions.	1	DGOS et ANDPC	2023
5	Préciser que le volet 2 doit être complété dès l'ouverture d'une première session. Automatiser le déclenchement de la procédure de sursis à statuer devant entrer en vigueur en 2023 en cas d'incomplétude du volet 2 des dossiers d'actions de DPC.	2	ANDPC	2023
7	Créer au moins 5 nouvelles CSI (dont 4 par autonomisation de sous-commissions actuelles <sup>4</sup> ), de façon à augmenter sensiblement le taux d'évaluation des actions publiées, et calibrer le budget de l'agence en conséquence.	1	ANDPC et tutelles	2023
8	Renforcer le ciblage de la sélection des actions évaluées en CSI, notamment en prenant en compte, pour celles ouvertes aux professionnels financés par l'agence, l'ouverture de sessions et le nombre d'inscrits, qui	1	ANDPC	2023

<sup>4</sup> Selon des délimitations pouvant néanmoins être un peu revisitées ; ce nombre n'étant par ailleurs qu'un minimum.



n°	Recommandation	Priorité	Autorité responsable	Échéance
	permettent d'en approximer à la fois l'impact sur les pratiques professionnels et les finances publiques.			
9	Au-delà d'un délai maximal qui pourrait être fixé à deux mois après la tenue de la CSI compétente, documenter dans le système d'information de l'agence les raisons de toute absence de notification, en particulier lorsque l'avis de la CSI est défavorable.	1	ANDPC	2023
3	Créer un comité d'utilisateurs réunissant des représentants des ODPC donnant à l'agence l'occasion de présenter les évolutions des règles et des services en ligne qui leur sont destinés afin de faciliter leur compréhension, et permettant aux ODPC de signaler des obstacles et dysfonctionnements.	2	ANDPC	2024
18	Reproduire régulièrement les analyses statistiques présentées dans le rapport.	1	ANDPC	2023
<b>La sécurisation du fonctionnement de l'agence</b>				
1	Clarifier les règles d'indemnisation des pertes de ressources des professionnels de santé suivant des actions de DPC. Si le choix est fait de maintenir le principe de l'indemnisation, préciser le champ des bénéficiaires et les modalités de calcul et de versement de cette indemnisation, selon des principes cohérents (équité de traitement entre professionnels, corrélation des montants avec ce qu'ils sont censés indemniser).	1	DGOS et DSS	2023
17	Prendre une disposition législative ou réglementaire autorisant l'ANDPC à recruter directement sous CDI	1	DGOS et DSS	2023
19	Mettre en œuvre le contrôle régulier et exhaustif de l'actualisation des déclarations d'intérêts des membres des instances et de l'agence. Contrôler, par sondage aléatoire des dossiers d'enregistrement des ODPC, l'actualisation des déclarations d'intérêts des concepteurs d'actions et des membres de conseils scientifiques.	1	ANDPC	2023
20	Limiter les indicateurs du COP à des indicateurs de résultats s'appuyant sur des données disponibles, selon un mode de calcul explicité.	2	DGOS	2023

## SOMMAIRE

<b>SYNTHESE</b> .....	<b>2</b>
<b>RECOMMANDATIONS DE LA MISSION</b> .....	<b>7</b>
<b>RAPPORT</b> .....	<b>13</b>
<b>1 MALGRE DES AVANCEES CERTAINES, LE COP 2018 -2021 DE L’ANDPC A CONNU UN RETARD DE REALISATION IMPORTANT ET N’A PAS ETE UN INSTRUMENT STRUCTURANT DE LA RELATION AVEC LES ADMINISTRATIONS CENTRALES</b> .....	<b>15</b>
1.1 LA PERIODE COUVERTE PAR LE COP A VU L’ACTION DE L’AGENCE SE RENFORCER DANS PLUSIEURS DOMAINES CONFORMEMENT AUX ATTENTES DES ADMINISTRATIONS CENTRALES .....	17
1.1.1 <i>La gestion financière du DPC a été optimisée grâce à une coopération efficace entre l’agence et les sections professionnelles, mais l’indemnisation des pertes de ressources des professionnels participant aux actions n’est pas juridiquement sécurisée</i> .....	17
1.1.2 <i>Des efforts importants ont été réalisés pour améliorer l’efficacité de l’action de l’agence dans plusieurs domaines</i> .....	22
1.1.3 <i>L’agence a également répondu aux attentes du COP sur d’autres champs</i> .....	23
1.2 BEAUCOUP D’ACTIONS ONT CEPENDANT ETE RETARDEES, EN PARTIE SEULEMENT DU FAIT DE LA CRISE SANITAIRE.....	24
1.2.1 <i>La crise sanitaire a modifié profondément le fonctionnement des instances et perturbé la mise en œuvre de certaines actions</i> .....	24
1.2.2 <i>Les difficultés structurelles de recrutement, lié au statut de GIP, ont également substantiellement obéré la conduite de diverses actions</i> .....	25
1.2.3 <i>D’autres difficultés sont liées au modèle économique du DPC et au manque de leviers d’action de l’agence</i> .....	27
1.2.4 <i>L’agence a moins priorisé certaines actions du COP</i> .....	28
1.3 LE COP N’A PAS STRUCTURE LE DIALOGUE AVEC LES TUTELLES QUI RESTENT PAR AILLEURS PEU INVESTIES DANS LA GESTION DU GIP.....	28
1.3.1 <i>Le dialogue de gestion sur le suivi du COP s’est appauvri rapidement, mal alimenté par des indicateurs sans grand intérêt voire inadaptés</i> .....	28
1.3.2 <i>Les tutelles n’assument pas entièrement leur double responsabilité de pilotage stratégique et de gestion du GIP-ANDPC</i> .....	30
<b>2 LE DEPLOIEMENT DU DPC APPARAÎT AUJOURD’HUI TRÈS EN DEÇA DES AMBITIONS AFFICHÉES, NOTAMMENT DU FAIT DE L’INSUFFISANCE DE LEVIER POUR PROMOUVOIR, FINANCER ET SUIVRE LES ACTIONS, POUR LES TROIS QUARTS DES PROFESSIONNELS CONCERNÉS</b> .....	<b>31</b>
2.1 LES PARTICULARITÉS DU DPC A LA FRANÇAISE, NOTAMMENT SON ENCADREMENT PAR DES ORIENTATIONS PRIORITAIRES, SUSCITENT DES TENSIONS ENTRE L’ANDPC ET LES CNP .....	31
2.1.1 <i>Le système français semble sans équivalent à l’étranger</i> .....	31
2.1.2 <i>La mission de coordination de l’élaboration des OP donnée à l’ANDPC la place en confrontation avec les CNP</i> .....	32
2.2 LE DEPLOIEMENT DU DPC CHEZ LES PROFESSIONNELS NON PRIS EN CHARGE PAR L’AGENCE, SOIT LES TROIS QUARTS DE LA POPULATION CIBLE, EN PARTICULIER LES SALAIRES DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ ET MÉDICO-SOCIAUX N’EST PAS SUIVI ET SE HEURTE À DE MULTIPLES OBSTACLES STRUCTURELS .....	35

2.2.1	<i>La mission de promotion du DPC auprès de l'ensemble des professionnels de santé donnée à l'ANDPC a été peu portée par le COP et limitée en pratique à la mise en place du document de traçabilité.....</i>	35
2.2.2	<i>Le dispositif apparaît inadapté aux ressources financières et priorités des employeurs ainsi qu'aux besoins et organisations de travail de leurs salariés .....</i>	38
2.3	<b>LE DISPOSITIF DE REGULATION DE L'OFFRE DE FORMATION PILOTE PAR L'AGENCE PEINE A GARANTIR LA QUALITE DES ACTIONS PROPOSEES AUX PROFESSIONNELS.....</b>	49
2.3.1	<i>Le fonctionnement ouvert du marché du DPC oblige l'agence à instruire des volumes de demandes importants et à mettre en place plusieurs niveaux de contrôle administratifs.....</i>	49
2.3.2	<i>Le dispositif d'évaluation de la qualité des actions reposant sur des commissions scientifiques par professions est partiellement engorgé.....</i>	52
2.3.3	<i>Ces contrôles et évaluations pèsent de manière disproportionnée sur la capacité des ES et ESMS à faire valider les actions qu'ils organisent pour leurs salariés .....</i>	55
<b>3</b>	<b>LA MISE EN PLACE DE LA CERTIFICATION PERIODIQUE DES PROFESSIONS A ORDRE VA CONDUIRE A ELARGIR LE PERIMETRE DU DPC PAR LE BIAIS DES PARCOURS ET POURRAIT REDUIRE LE ROLE DE L'AGENCE .....</b>	<b>56</b>
3.1	<b>LA MISE EN ŒUVRE DE LA CERTIFICATION PERIODIQUE VA NECESSITER UNE ADAPTATION DES CONDITIONS DE VALIDATION DU DPC.....</b>	<b>56</b>
3.1.1	<i>Nouvelle obligation assortie de sanctions disciplinaires, mise en œuvre dans un cadre différent du DPC et avec une organisation distincte, la certification périodique va devenir la priorité des professionnels et des ordres.....</i>	56
3.1.2	<i>Garantir la compatibilité des deux obligations implique de valoriser au maximum l'existant en élargissant considérablement le périmètre des actions éligibles au DPC.....</i>	58
3.2	<b>CETTE SITUATION RISQUE DE MARGINALISER L'ANDPC MAIS POURRAIT AUSSI ETRE L'OCCASION DE RENFORCER ET D'ETENDRE SA MISSION DE REGULATION DE LA QUALITE DE L'OFFRE .....</b>	<b>61</b>
3.2.1	<i>Les CNP des professions à ordre s'engagent dans l'élaboration de parcours échappant à la supervision de l'agence voire au standard des méthodes HAS, certains allant jusqu'à préconiser la suppression de l'obligation de DPC.....</i>	61
3.2.2	<i>Mais la nécessité d'une évaluation externe de la qualité des actions pourrait aussi justifier une extension des missions des CSI et de l'agence .....</i>	63
<b>4</b>	<b>AVANT L'ELABORATION DU NOUVEAU COP, IL CONVIENT DE REDEFINIR LES OBJECTIFS ET MODALITES DU DPC EN ARTICULATION AVEC LA CERTIFICATION PERIODIQUE, AINSI QUE LES MISSIONS DE L'AGENCE .....</b>	<b>65</b>
4.1	<b>REVOIR LE PERIMETRE DES PROFESSIONS SOUMISES AU DPC EN METTANT EN PLACE LE DISPOSITIF DE SUIVI AVANT D'IMPOSER L'OBLIGATION .....</b>	<b>65</b>
4.2	<b>LE BESOIN DE COHERENCE AVEC LE PERIMETRE DES REFERENTIELS DE CERTIFICATION PERIODIQUE IMPLIQUE D'ELARGIR LE CHAMP DU DPC AU-DELA DES ORIENTATIONS PRIORITAIRES.....</b>	<b>70</b>
4.2.1	<i>Les orientations prioritaires pourraient se limiter au champ de la formation continue, dans un processus d'élaboration garantissant mieux la prise en compte des besoins des professions et spécialités.....</i>	70
4.2.2	<i>La cohérence entre le DPC et la certification périodique des professions à ordre suppose de confirmer l'existence d'un DPC hors orientations prioritaires .....</i>	71
4.2.3	<i>Le champ du DPC pourrait en outre être élargi, pour favoriser l'accès au DPC des professionnels salariés aux actions déjà organisées par de nombreux employeurs dans le cadre de leurs obligations réglementaires.....</i>	72
4.2.4	<i>La confirmation d'un périmètre du DPC ne se limitant pas aux actions s'inscrivant dans les orientations prioritaires permet aux professions à ordre de conserver les avantages du DPC sans ses inconvénients.....</i>	74

4.3	PLUSIEURS SCENARIOS D'EVOLUTION DES MISSIONS ET MOYENS D'ACTION DE L'ANDPC SONT ENVISAGEABLES DANS CE CADRE .....	74
4.3.1	<i>L'hypothèse de la dissociation des missions de financement et d'évaluation se heurte à une logique institutionnelle complexe .....</i>	75
4.3.2	<i>Une première option serait de ne pas élargir voire de réduire le périmètre d'intervention de l'agence en continuant à le limiter aux orientations prioritaires et en exonérant certaines professions de l'obligation de DPC.....</i>	75
4.3.3	<i>Une seconde option pourrait consister à élargir le périmètre d'intervention de l'agence au DPC « non prioritaire » avec deux variantes .....</i>	77
4.4	QUEL QUE SOIT LE SCENARIO D'EVOLUTION DES MISSIONS DE L'AGENCE QUI SERA RETENU, IL EST NECESSAIRE DE LUI DONNER LE MOYEN DE FONCTIONNER EFFICACEMENT, AU BESOIN EN FAISANT EVOLUER SON STATUT.....	78
4.4.1	<i>Faciliter la gestion des ressources humaines, en prenant une disposition pour déroger aux règles de recrutement des GIP ou en transformant l'agence en établissement public, de façon à également renouveler sa gouvernance .....</i>	78
4.4.2	<i>Envisager de sortir le financement du FAC et de le transférer sur le sixième sous objectif de l'ONDAM (ce qui permet de financer le DPC au-delà du champ conventionnel) .....</i>	79
4.5	QUELS QUE SOIENT LES CHOIX EFFECTUES, LA CONSTRUCTION ET LE SUIVI DU COP POURRAIT ETRE AMELIORES.....	80
4.5.1	<i>Demander à l'agence de développer les travaux d'analyse statistiques pour améliorer la connaissance du fonctionnement du DPC .....</i>	80
4.5.2	<i>Renforcer le suivi des DPI des membres des instances et du personnel.....</i>	81
4.5.3	<i>Rendre le COP plus pilotable.....</i>	81
	<b>LISTE DES ANNEXES.....</b>	<b>83</b>
	<b>LISTE DES PERSONNES RENCONTREES .....</b>	<b>84</b>
	<b>LETTRE DE MISSION .....</b>	<b>97</b>

# RAPPORT

## Introduction

[16] Par lettre du 18 août 2022, le ministre de la santé et de la prévention a demandé à l'IGAS de réaliser une mission d'évaluation de l'agence nationale du développement professionnel continu (ANDPC) créée par la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016. Succédant à l'organisme gestionnaire du développement professionnel continu (GIP OGDPC) créé en juillet 2012, l'agence est chargée de deux grandes missions :

- d'une part, la promotion et le pilotage du développement professionnel continu (DPC) auprès de l'ensemble des professionnels de santé pour lesquels le DPC, héritier des obligations déontologiques, constitue une obligation légale depuis la loi hôpital, patients, santé et territoires (HPST) du 21 juillet 2009, ainsi que la « mise en assurance qualité » de l'offre de formation correspondante ;
- d'autre part, la contribution au financement de cette obligation et la gestion financière du dispositif pour les professionnels de santé libéraux conventionnés ou salariés des centres de santé conventionnés<sup>5</sup> ainsi que la contribution au financement d'actions pour les médecins des établissements de santé et médico-sociaux, et ce grâce à une dotation des régimes d'assurance maladie.

[17] La lettre de mission demande

- d'établir le bilan du premier contrat d'objectifs et de performance (COP) 2018-20216 de l'ANDPC ;
- d'évaluer la prise en compte par l'agence des recommandations formulées par la Cour des comptes dans un relevé d'observation définitives et un référé d'avril 2019 ;
- de faire un état des lieux de l'intervention de l'agence sur le champ du DPC des professionnels de santé salariés et de son articulation avec les autres acteurs participant au déploiement du DPC, en particulier la Haute autorité de santé (HAS) chargée de définir les méthodes à appliquer dans les actions de DPC, les autorités chargées de contrôler le respect de l'obligation de DPC et les organismes concourant au financement des actions ;
- de formuler des préconisations pour l'élaboration d'un nouveau COP, quinquennal, dans la perspective du déploiement de la certification périodique, nouvelle obligation s'imposant aux professionnels de santé relevant d'un ordre, avec laquelle le DPC devra s'articuler.

---

<sup>5</sup> Pour les professionnels de santé libéraux conventionnés et salariés des centres de santé conventionnés, l'article R 4021-7 du CSP emploie successivement les expressions « contribuer au financement des actions » et « assurer la gestion financière du DPC ».

<sup>6</sup> En pratique, il s'est initialement agi d'un COP triennal 2018-2020, par la suite prorogé d'un an par avenant.

[18] Le chef de l'IGAS a désigné Laurent Gratieux et Julien Rousselon pour effectuer cette mission.

[19] La mission a évalué la mise en œuvre du COP 2018-2021 par une analyse détaillée des documents rendant compte des travaux réalisés pour chacune des 32 actions qu'il contenait. Elle a rencontré la quasi-totalité des responsables des directions et des services de l'agence, pour comprendre les réalités des métiers associés à ses missions ainsi que ses conditions d'intervention, son organisation et sa gestion internes. Grâce à la diligence de la direction et des services de l'agence, elle a pu avoir facilement accès à l'ensemble de ses documents de travail ainsi qu'à ses bases de données pour réaliser des analyses statistiques sur les organismes de DPC enregistrés et les actions publiées sur son site. Elle a également pu accéder à ses applicatifs et notamment aux dossiers dématérialisés associés aux actions de DPC pour étudier plus particulièrement les procédures d'évaluation par les services de l'agence et les commissions scientifiques indépendantes (CSI) qui en constituent une instance. La mission a en outre pu s'entretenir avec les présidents des instances de l'ANDPC, c'est-à-dire ceux de l'assemblée générale du GIP, du Haut conseil du DPC (HCDPC), du comité d'éthique, et des différentes CSI et sections professionnelles.

[20] Pour dresser un état des lieux du déploiement du DPC dans l'ensemble des secteurs et professions concernés en prenant en compte la perspective de la certification périodique, la mission a également eu des entretiens avec les sept ordres professionnels, la HAS, le président du Conseil national de la certification périodique (CNCP), l'agence du numérique en santé (ANS), un échantillon de onze conseils nationaux professionnels, cinq fédérations d'établissements de santé et d'établissements et services médico sociaux, les conférences des directeurs généraux et des présidents de commissions médicales des centres hospitaliers universitaires, quatre organismes collecteurs et financeurs de la formation professionnelle – OPCO Santé, Association nationale pour la formation permanente du personnel hospitalier (ANFH), Fonds d'assurance formation des médecins (FAF-PM) et des professions libérales (FIF-PL). Elle a également rencontré des responsables de formation d'établissements de santé, des responsables d'organismes de DPC (ODPC) de tous types (structures liées à des établissements de santé ou médico-sociaux, universités, structures associatives ou commerciales, travailleurs indépendants). Elle a également rencontré la délégation générale à l'emploi et à la formation professionnelle (DGEFP) à propos de la gestion des fonds de la formation professionnelle et de la régulation des organismes de formation.

[21] Le rapport commence par établir le bilan du COP 2018-2021 (1), dresse un état des lieux du déploiement du DPC (2), analyse les conséquences prévisibles de la mise en place de la certification périodique des professionnels de santé relevant d'un ordre (3) et formule des propositions pour clarifier le fonctionnement du DPC et préciser le rôle de l'ANDPC dans ce nouveau contexte, en vue de l'élaboration du prochain COP (4).

[22] Il s'appuie sur six annexes présentant le bilan détaillé du COP 2018-2021 (1), les missions, métiers, organisation et moyens de l'ANDPC (2), la gouvernance du DPC et de l'agence (3), la stratégie de déploiement du DPC et son articulation avec la certification périodique (4), la régulation de l'offre de DPC (5) et les systèmes d'information développés par l'agence (6).

## **1 Malgré des avancées certaines, le COP 2018 -2021 de l'ANDPC a connu un retard de réalisation important et n'a pas été un instrument structurant de la relation avec les administrations centrales**

[23] Le contrat d'objectifs et de performance (COP) constitue un instrument de pilotage stratégique classique des opérateurs, permettant d'aligner l'ensemble des acteurs intervenant dans leur gestion, dont les administrations ou parties prenantes représentées dans les instances de direction, sur les objectifs pluriannuels fixés par les administrations de tutelle. Dans le cas de l'ANDPC, le premier COP présente la particularité que les signataires du contrat - l'union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM) et les quatre directions d'administration centrale (direction générale de l'offre de soins (DGOS), direction de la sécurité sociale (DSS), direction générale de la santé (DGS) et direction générale de la cohésion sociale (DGCS)) sont en même temps les membres -et administrateurs- du groupement d'intérêt public (GIP) constituant l'agence, se fixant ainsi des objectifs à eux-mêmes.

[24] En pratique toutefois, le COP visait surtout à fixer les objectifs pluriannuels de la directrice générale et de son équipe, selon quatre axes stratégiques : promouvoir la qualité des actions de DPC et améliorer la qualité des services rendus aux professionnels de santé et aux organismes de DPC (axe 1) ; contribuer au développement du DPC et évaluer son impact sur la qualité et la sécurité des soins (axe 2) ; mettre en œuvre un système d'information structuré, efficient et sécurisé (axe 3) ; maîtriser les risques et développer la performance et l'efficacité (axe 4). Ces quatre axes étaient déclinés en 32 actions associées à 30 indicateurs visant à mesurer l'avancement des travaux et les résultats obtenus. Portant initialement sur la période 2018-2020, le COP a été prolongé jusqu'à fin 2021 par un avenant du 9 mai 2021. Il ne l'a pas été au-delà.

[25] L'annexe 1 évalue en détail la réalisation de l'ensemble de ces actions. Le bilan global de cette analyse est résumé dans le tableau ci-dessous qui souligne le retard de mise en œuvre important qu'a connu le COP, signé tardivement en janvier 2019 soit un an après le début de la période couverte : seul un quart des actions ont été réalisées dans le délai prévu, plus de la moitié n'ont été que partiellement réalisées et sept actions, soit presque un autre quart, n'ont pas été réalisées.

Tableau 1 : Bilan synthétique de la réalisation du COP

Objectifs	Nombre d'actions	Réalisées dans le calendrier fixé	Réalisées avec retard ou partiellement réalisées	Non réalisées ou abandonnées
Axe 1 : Promouvoir la qualité des actions de DPC et améliorer la qualité des services rendus aux professionnels de santé et aux ODPC	6	1	4	1
Axe 2 : Contribuer au développement du DPC et évaluer son impact sur la qualité et la sécurité des soins	12	4	5	3
Axe 3 : Mettre en œuvre un système d'information structuré, efficient et sécurisé	5	1	3	1
Axe 4 : Maîtriser les risques et développer la performance et l'efficience	9	2	5	2
<b>Ensemble</b>	<b>32</b>	<b>8</b>	<b>17</b>	<b>7</b>

Source : mission d'après données ANDPC et DGOS.

[26] Les développements qui suivent présentent des éléments de synthèse de cette évaluation.



## 1.1 La période couverte par le COP a vu l’action de l’agence se renforcer dans plusieurs domaines conformément aux attentes des administrations centrales

1.1.1 La gestion financière du DPC a été optimisée grâce à une coopération efficace entre l’agence et les sections professionnelles, mais l’indemnisation des pertes de ressources des professionnels participant aux actions n’est pas juridiquement sécurisée

1.1.1.1 Un fonctionnement optimisé du comité de gestion, permettant de consommer au mieux les crédits disponibles

[27] L’ANDPC reçoit de la CNAM une dotation annuelle du fonds d’action conventionnelle (FAC) de l’assurance maladie, dont le montant est fixé par la convention d’objectifs et de gestion entre l’Etat et la CNAM, pour contribuer au financement du DPC des professionnels de santé libéraux conventionnés ou salariés des centres de santé conventionnés. Pour la période 2018-2022, le montant de la subvention à l’agence a été fixé chaque année au niveau du plafond fixé par la COG.

Tableau 2 : Evolution de la subvention du FAC à l’ANDPC entre 2018 et 2022 (M€)

	2018	2019	2020	2021	2022	total COG	évolution 2018-2022
Total des dépenses brutes du FAC	337,7	349,8	367,8	375,4	383,1	1814	22,4 %
Dont plafond de la subvention à l’ANDPC	186,2	190,5	194,9	199,3	203,9	975	12,0 %

Source : COG Etat-CNAM 2018-2022

[28] La comptabilisation des charges de DPC, qui constitue la part prépondérante des dépenses de l’agence, est marquée par les délais importants entre les inscriptions des professionnels et la liquidation des factures, qui entraînent des volumes importants de provisions et charges sur exercices antérieurs. Ces charges de DPC constatées dans les comptes annuels ont connu un ralentissement sensible avec la crise sanitaire.

Tableau 3 : Evolution des charges de DPC au cours de la période 2018-2021 (K€)

Charges de DPC	2021	2020	2019	2018
Frais pédagogiques année N <sup>1</sup>	69 655	61 127	80 922	86 999
Frais pédagogiques années antérieures	36 957	37 894	17 076	18 004
Indemnités PS année N	35 354	31 866	45 109	55 292
Indemnités PS années antérieures	18 640	21 526	11 561	11 814
Dépenses médecins salariés années antérieures	5 048	620	3 320	3 569

Dotations aux provisions frais pédagogiques	49 702	44 902	44 536	18 368
Dotations aux provisions médecins salariés	2 400	5 000	5 000	10 000
Dotations aux provisions indemnités PS	22 859	21 664	24 399	12 382
<b>Total charges</b>	<b>240 615</b>	<b>224 599</b>	<b>231 923</b>	<b>216 429</b>
Reprises de provisions frais pédagogiques	45 130	43 198	19 027	18 354
Reprises de provisions indemnités PS	21 913	23 647	12 846	13 169
Reprises de provisions médecins salariés	9 083	2 647	10 188	7 300
<b>Total reprises de provisions</b>	<b>76 126</b>	<b>69 492</b>	<b>42 060</b>	<b>38 823</b>
<b>Charges nettes des reprises</b>	<b>164 490</b>	<b>155 107</b>	<b>189 863</b>	<b>177 605</b>

Source : Mission d'après les comptes annuels détaillés.<sup>1</sup> les frais pédagogiques incluent le financement des actions sélectionnées par appels à projets et appels d'offres.

[29] En gestion budgétaire, la répartition de la dotation de l'assurance maladie entre professions, après prélèvement des ressources nécessaires au fonctionnement de l'agence (équipe administrative et instances) et au financement de dispositifs spécifiques<sup>7</sup>, est décidée par le conseil de gestion sur proposition de sa « section professionnelle<sup>8</sup> » réunissant les présidents des dix sections professionnelles. Alors que la période précédente avait vu les enveloppes de certaines professions entièrement consommées en cours d'année pendant que d'autres terminaient l'exercice en excédent, le COP avait fixé l'objectif (action 2.1.1) d'optimiser la gestion des fonds pour éviter toute consommation anticipée d'enveloppes. Grâce à l'action de l'agence pour mobiliser différents leviers d'optimisation (cf. tableau ci-dessous) et instaurer un climat de confiance entre les sections professionnelles, cet objectif a été atteint et, depuis 2019, aucune enveloppe n'a dû être fermée prématurément.

<sup>7</sup> DPC des médecins salariés des établissements de santé et des établissements médico-sociaux et, pendant la période du COP 2018-2021, actions de DPC sélectionnées par appel à projets ou appel d'offres, et pour 2022 seulement, actions de formation à la maîtrise de stage universitaire.

<sup>8</sup> Pour la distinguer de la « section sociale » composée des représentants de l'ensemble des membres de l'assemblée générale du GIP.

Tableau 4 : Mesures appliquées sur la période couverte par le COP pour éviter la clôture des enveloppes par professions (montants en M€)

	2018	2019	2020	2021
1/ Report crédits N-1 et consommation des réserves	15,3	28,5	0,0	15,0
2/ Transfert des crédits de fonctionnement vers DPC	2,0	1,0	0,0	0,0
3/ Transfert des budgets spécifiques DPC vers enveloppes par profession	0,0	0,0	11,6	0,0
4/ Fongibilité entre enveloppes par profession	0,5	1,4	1,6	10,6
5/ Régulation des inscriptions	Limitation primo-accédants au 7/11 (IDE, MK, PP), liste d'attente (médecins), clôture fin novembre (SF, Orthophonistes)	Limitation primo-accédants au 1/10 (IDE, MK, médecins, Orthophonistes, PP),	pas de mesure s	pas de mesure s

Source : Mission d'après données ANDPC (comptes rendus des assemblées générales et conseils de gestion). IDE : infirmiers diplômés d'Etat, MK : masseurs kinésithérapeutes, PP : pédicures-podologues, SF : sages-femmes

### 1.1.1.2 Une réforme de la prise en charge financière des actions de DPC comportant des avancées mais aboutissant à des incohérences

[30] Comme le prévoyait le COP (action 4.3.2), l'ANDPC a engagé des travaux avec les sections professionnelles en vue d'une modulation des forfaits (somme des frais pédagogiques et des indemnités des professionnels) en fonction du format des actions proposées par les organismes de développement professionnel continu (ODPC), notamment pour faciliter la prise en charge du plus grand nombre possible de professionnels par période triennale. Les forfaits devaient en particulier tenir compte des résultats de l'étude prévue à une autre rubrique du COP (cf. *infra* 1.2.3). visant à comparer les coûts des actions de différents types ou formats à partir de l'interrogation d'un échantillon d'ODPC (dans le but de pouvoir le cas échéant ajuster le montant des forfaits pris en charge par l'agence).

[31] Ces travaux ont abouti fin 2022, soit avec deux ans de retard par rapport au calendrier prévu par le COP, à un nouveau barème de prise en charge, qui présente des améliorations sensibles par rapport aux barèmes antérieurs :

- une harmonisation des forfaits ainsi que des droits de tirage en heures dans le cadre d'une classification des professions en 3 sous-groupes (sans « perdants » mais avec des gains plus

importants pour les professionnels qui étaient les moins bien lotis), dans un but de lisibilité et d'équité interprofessionnelle<sup>99</sup> ;

- une bonification des frais pédagogiques d'EPP et de GDR portée à 30 % pour toutes les professions à partir de l'exercice 2023, y compris pour les actions d'EPP/GDR incluses dans les programmes intégrés, afin de corriger la sous-représentation de ces deux types d'actions dans le catalogue de l'agence (au moins une action de ce type est nécessaire pour valider le DPC) ;
- à l'inverse, un abattement de 50 % du forfait pédagogique et de l'indemnisation est appliqué pour les heures de formation continue non présentielle (hors programmes intégrés), afin d'inciter aux modes d'interaction les plus qualitatifs (présentiel et classe virtuelle), en reconnaissant le surcoût que ces derniers représentent.

[32] L'impact de cette réforme est toutefois incertain sur l'atteinte de l'objectif de prise en charge du plus grand nombre de professionnels. En effet, si à typologie inchangée des actions de DPC (caractérisée par un volume important de formation non présentielle depuis la crise sanitaire), le nouveau barème permet de dégager des économies, il pourrait aussi inciter les organismes comme les professionnels (qui voient leur indemnisation réduite) à moins recourir au non présentiel. En ce cas, le résultat final serait négatif puisque le barème réalise une harmonisation « par le haut » des forfaits qui s'est traduite par une augmentation des frais pédagogiques (hors format non présentiel) pour l'ensemble des professions à l'exception des médecins, atteignant 41 % dans le cas des pédicures-podologues et 50 % dans le cas des sages-femmes, alors même que la Cour des comptes estimait dans son référé de 2019 que les frais pédagogiques retenus par l'agence à cette date se traduisaient par un surcoût de 20 à 25 % par rapport à ceux pris en charge par les autres financeurs. Outre cette incertitude sur les volumes en termes de budgets et de personnes formées, il ne faut pas perdre de vue que l'incitation aux actions présentielles peut impliquer une plus forte perte d'activité des professionnels compte tenu des temps de déplacement. L'enjeu n'est pas anodin dans un contexte de tension au sein de divers pans du système du santé.

[33] De plus, la ventilation des forfaits entre frais pédagogiques et indemnités des professionnels, décidée par chaque section professionnelle statuant indépendamment des autres, a abouti à des évolutions incohérentes avec de forts différentiels de frais pédagogiques (95 € de l'heure pour les médecins, 38 € pour les orthophonistes) et des indemnisations horaires non corrélées aux différences de rémunérations à l'acte entre professions (41 € pour les masseurs-kinésithérapeutes, 45 € pour les médecins et chirurgiens-dentistes, mais 47 € pour les infirmiers, 50 € pour les sages-femmes, 53 € pour les orthoptistes, 55 € pour les pédicures-podologues et les pharmaciens, 57 € pour les orthophonistes et jusqu'à 65 € pour les biologistes).

### 1.1.1.3 Les modalités d'indemnisation des pertes de revenus des professionnels sont appliquées de manière discrétionnaire par l'agence, sans base légale

[34] Comme le souligne le tableau 3, l'indemnisation des pertes de ressources des professionnels de santé suivant des actions de DPC représente environ un tiers des dépenses de DPC. Or cette

---

<sup>99</sup> L'écart entre professions passe de 3,4 à 2,5 sur les frais pédagogiques et de 1n7 à 1,6 sur les indemnisations.

indemnisation est dépourvue de base réglementaire depuis la publication du décret du 8 juillet 2016 relatif à l'organisation du développement professionnel continu des professionnels de santé<sup>10</sup>, la convention constitutive de l'ANDPC ne mentionnant que de manière allusive l'indemnisation des professionnels :

- l'une des missions de l'agence est de publier « la liste de actions de DPC ...avec mention pour chaque action de l'organisme concepteur et de ses organismes sous-traitants éventuels, des publics concernés, du nombre de places disponibles, des dates de clôture des inscriptions, du coût, des conditions de prises en charge des demandes et des forfaits d'indemnisation y afférant pour les libéraux et les salariés des centres de santé conventionnés »<sup>11</sup> ;
- les sections professionnelles déterminent des forfaits de prise en charge par professions, sans mentionner si ces forfaits couvrent l'indemnisation des pertes de ressources<sup>12</sup>.

[35] Ce principe qui était à l'origine prévu par les conventions entre l'assurance maladie et les professionnels de santé avait pourtant été transposé dans des dispositions réglementaires à la création de l'OGDPC mais ne relève plus désormais, depuis la publication du décret de 2016, que de stipulations de la convention constitutive. Or, sa valeur juridique est celle d'un simple arrêté interministériel, base légale insuffisante pour instituer un droit au profit des professionnels, et qui sont par ailleurs très peu explicites quant à l'objet et la consistance de ce droit.

[36] Le risque juridique que cette situation fait peser sur la directrice générale, ordonnateur du GIP, et sur l'agent comptable, est aggravé par la manière discrétionnaire dont il est appliqué aux différents professionnels dont le DPC est pris en charge par l'agence :

- alors que les dispositions réglementaires antérieures prévoyaient l'indemnisation des pertes de ressources des seuls professionnels libéraux, les règles de prises en charge établies par l'agence l'étendent aux salariés des centres de santé, qui pourtant ne subissent pas de pertes de revenus en suivant une action (l'indemnisation étant d'ailleurs dans leur cas versée à l'employeur) ;
- inversement, l'agence refuse cette indemnisation aux autres employeurs de médecins salariés que sont les établissements de santé et les établissements médico-sociaux, médecins dont elle finance également le DPC.

[37] Il apparaît donc indispensable d'établir une règle claire, soit en mettant la pratique en conformité avec les dispositions réglementaires actuelles, c'est-à-dire en cessant de verser des indemnités aux participants aux actions, soit en rétablissant les dispositions réglementaires supprimées en 2016 et en précisant leur champ d'application.

---

<sup>10</sup> Le décret n°2016-942 du 8 juillet 2016 a supprimé la disposition de l'ancien article R. 4021-9 du CSP selon laquelle « sont pris en charge dans la limite de ces forfaits les frais facturés aux professionnels de santé par les organismes de développement professionnel continu, les pertes de ressources des professionnels libéraux ainsi que les frais divers induits par leur participation à ces programmes ».

<sup>11</sup> Article 6 de la convention constitutive. Cette disposition de la convention ne figure pas dans la liste des missions de l'agence figurant à l'article R. 4021-7 du CSP.

<sup>12</sup> Article 12.2 de la convention constitutive.

**Recommandation n°1** Clarifier les règles d'indemnisation des pertes de ressources des professionnels de santé suivant des actions de DPC. Si le choix est fait de maintenir le principe de l'indemnisation, préciser le champ des bénéficiaires et les modalités de calcul et de versement de cette indemnisation, selon des principes cohérents (équité de traitement entre professionnels, corrélation des montants avec ce qu'ils sont censés indemniser).

### 1.1.2 Des efforts importants ont été réalisés pour améliorer l'efficacité de l'action de l'agence dans plusieurs domaines

[38] Malgré les difficultés de recrutements inhérentes à son statut de GIP (cf. *infra* 1.2.2), l'agence est parvenue à augmenter légèrement ses effectifs et à renforcer son organisation et la compétence de ses équipes dans quelques domaines clés, avec des performances en amélioration.

[39] Dans le domaine **du contrôle des opérations de DPC et de la lutte contre la fraude**, le renforcement du service des affaires juridiques et contrôles (SAJC), avec l'arrivée en janvier 2022 d'une responsable venant de la CNAM, a permis de renforcer et de professionnaliser les contrôles sur le financement du DPC, en réponse notamment aux recommandations de la Cour des comptes mais aussi et surtout, en raison d'une augmentation des pratiques considérées par l'agence comme abusives voire frauduleuses de la part de certains ODPC. Mobilisant, outre sa responsable, 4 agents sur le champ des contrôles et du contentieux, le SAJC a mis en place une organisation s'appuyant sur les signalements internes et externes, de la part de professionnels de santé ou d'ODPC (856 signalements reçus par le service en 2021 dont 95 % ont été traités selon le SAJC), ainsi que sur des requêtes réalisées par le service statistiques pour détecter des anomalies. Les enquêtes conduites à partir des signalements ont abouti à des blocages de factures avant paiement (environ 200 K€ en 2022), à la notification d'indus (environ 800 K€ en 2022, à la date du 15 octobre), voire au désenregistrement d'ODPC ou à des suites contentieuses (49 dossiers en cours en octobre 2022)<sup>13</sup>.

[40] De même, la **plateforme d'appui aux usagers** a été renforcée et professionnalisée conformément au COP (action 1.2.1) avec l'arrivée en février 2021 d'un responsable spécialiste expérimenté du télémarketing et le recrutement de téléconseillers de profils similaires (l'équipe compte 9,8 ETP depuis mars 2022). Ce renforcement a permis d'améliorer fortement les performances dans le traitement des réponses, avec un taux de décroché dépassant fréquemment 90 % depuis avril 2022 (après avoir connu des niveaux inférieurs à 40 %) et une réponse aux courriels à J+2 depuis mai 2022. De ce fait, l'agence a, en juin 2022, abandonné le projet de recours à une plateforme d'appel externe.

[41] Les **équipes en charge des systèmes d'information** de l'agence ont également été renforcées et réorganisées au cours de la période couverte par le COP. Les fonctions d'assistance à maîtrise d'ouvrage sont désormais assurées par une équipe de deux personnes, jouant un rôle crucial dans la formalisation des besoins des équipes métiers, l'établissement des spécifications fonctionnelles des applications et la recette fonctionnelle. Les équipes de maîtrise d'œuvre chargées des développements et de la supervision des infogérants ont été presque entièrement renouvelées

<sup>13</sup> Sur les 15 dossiers par ailleurs clos, l'agence a obtenu 75 % de décisions de justice favorables.

depuis 2019. Elles se sont engagées dans une démarche de modernisation progressive<sup>14</sup> des services en lignes offerts aux utilisateurs (ODPC et professionnels), dont l'efficacité et l'ergonomie sont essentiels compte tenu du choix originel d'une dématérialisation de l'ensemble des procédures afférentes à la gestion du DPC. La refonte des infrastructures est également engagée, avec, à terme, une externalisation complète auprès d'un prestataire d'infogérance fonctionnant en *cloud* souverain (*SecNumCloud*), qui garantira la continuité de l'activité en cas d'incident et la fourniture d'un service de secours à la production.

[42] L'agence a réalisé ces renforcements tout en conservant la maîtrise de sa masse salariale comme le lui demandait le COP (action 4.2.1) et comme le constatent régulièrement les rapports du CGEFI, l'essentiel des augmentations de dépenses étant dues à la réalisation des schémas d'emploi validés par les tutelles. S'agissant des rémunérations individuelles, l'ANDPC a en effet engagé à partir de 2018 la révision des contrats de travail des agents, qui bénéficiaient dans le cadre antérieur de l'OGDPC de la grille de rémunération des employés et cadres des organismes de sécurité sociale du régime général, pour les faire passer sous un régime de contractuels de droit public, les nouveaux recrutements s'effectuant également sous ce régime, avec un contrôle du CGEFI sur les niveaux de rémunération.

### 1.1.3 L'agence a également répondu aux attentes du COP sur d'autres champs

[43] Dans le cadre de l'action 1.2.2 du COP, qui prévoyait de « simplifier et stabiliser les procédures à respecter par les ODPC et les professionnels de santé », l'agence a accompli un **effort important de clarification des règles** applicables au dépôt des actions et à leur prise en charge avec la production ou la refonte de guides (guide d'aide au dépôt des actions de DPC de novembre 2021, guides des critères et procédures de prises en charge des actions de DPC, pour les ODPC et pour les professionnels de santé, remis à jour en novembre 2022 dans la perspective du nouveau triennal, masque de saisie des actions). L'agence a également assuré, comme le COP le lui demandait, une diffusion régulière d'informations sur le déploiement du DPC, avec la publication trimestrielle des « chiffres clés » et la réalisation de bilans par profession destinés aux ordres et au CNP (action 2.3.3).

[44] De même, l'agence a répondu aux attentes de ses tutelles en lançant entre 2020 et 2022 le **lancement d'appels d'offres pour l'achat d'actions s'inscrivant dans les orientations prioritaires de la politique nationale de santé ou des besoins urgents de santé publique** (action 2.5.1), dans trois domaines : le repérage et l'évaluation des troubles cognitifs en médecine générale, le repérage et la prise en charge précoces des enfants de 0 à 7 ans présentant un trouble du neuro développement (TND) et la maîtrise de l'antibiorésistance. Si ces procédures ont été en partie infructueuses (c'est le cas d'un des deux lots de l'appel d'offres sur les TND et de celui sur l'antibiorésistance) ou n'ont réuni que très peu d'inscriptions de professionnels (environ 120 en deux ans pour l'appel d'offres sur les troubles cognitifs), cet échec n'est pas imputable à l'agence qui a mobilisé beaucoup de ressources pour mener ces actions.

---

<sup>14</sup> Démarche impliquant notamment de « décommissionner » progressivement les applications de l'unique outil de gestion de la relation client (ou CRM pour *customer relationship management*), appelé CAP 13, sur lequel elles s'appuyaient, en raison de sa conception et de sa technologie anciennes.



[45] **L'échec des appels d'offres renvoie en effet à des causes plus structurelles sur lesquelles l'agence n'a guère de prise :**

- les ODPC n'ont pas nécessairement intérêt à répondre alors qu'ils peuvent déposer des actions en guichet (cf. annexe 5), dont la prise en charge dans le cadre de frais pédagogiques préétablis ne les expose pas à la concurrence sur les prix<sup>15</sup> ;
- les thématiques choisies qui ne correspondent pas forcément aux besoins prioritaires des professionnels libéraux<sup>16</sup>, quand bien même elles répondent à des priorités de politique de santé.

## 1.2 Beaucoup d'actions ont cependant été retardées, en partie seulement du fait de la crise sanitaire

### 1.2.1 La crise sanitaire a modifié profondément le fonctionnement des instances et perturbé la mise en œuvre de certaines actions

[46] La survenue de la crise sanitaire a fortement perturbé l'exécution du COP sur ses deux dernières années (compte tenu de sa prolongation) et contribué à retarder la mise en œuvre d'actions dont certaines connaissaient déjà un retard de mise en œuvre.

[47] Les instances de l'ANDPC (assemblée générale, conseil de gestion et sections professionnelles, CSI, comité d'éthique) ont dû basculer sur un fonctionnement à distance. Cette contrainte n'a pas soulevé de difficultés importantes pour l'assemblée générale et le conseil de gestion qui tiennent en moyenne quatre réunions par an. Elle a en revanche affecté fortement le fonctionnement des CSI dont la mission d'évaluation des actions de DPC implique des réunions beaucoup plus fréquentes et rassemblant un plus grand nombre de participants : le nombre d'actions évaluées a ainsi chuté de près de 50 % entre 2019 et 2021 (1299 actions évaluées en 2021 au lieu de 2630 en 2019), la poursuite de la crise sanitaire en 2021 s'étant conjuguée au renouvellement des commissions qui a nécessité de former les nouveaux membres à la procédure et aux grilles d'évaluation. De même, les travaux du comité d'éthique ont été perturbés par le passage en visioconférence, le caractère sensible des informations traitées, notamment lorsque le comité évoque des situations individuelles, se prêtant mal à des échanges de ce type selon son président.

[48] Si l'assemblée générale du GIP a continué à assurer ses fonctions de gestion, la crise sanitaire a néanmoins ralenti les échanges entre la direction de l'agence et ses tutelles sur les évolutions à apporter au dispositif du DPC. Ont ainsi été suspendus les projets de décrets en discussion au début de l'année 2020, destinés à préciser les conditions de validation du DPC, à renforcer les pouvoirs de l'agence en matière de contrôle des ODPC (notamment pour prendre en compte les recommandations de la Cour des comptes) et de suivi des actions réalisées par les professionnels, à clarifier son articulation avec les CNP et les autres acteurs, et à modifier les compétences du

---

<sup>15</sup> A l'inverse, remporter un appel d'offres incite davantage à comprimer la marge, l'ajustement par les coûts pouvant conduire à dégrader la qualité de l'action comparativement à celles proposées par les concurrents.

<sup>16</sup> La procédure d'achat par l'agence ne peut concerner que les professionnels qu'elle finance et exclut donc de ce fait les salariés.



HCDPC pour en faire un comité scientifique intervenant en appui de l'agence. A ce jour, seul le décret modifiant les missions et la composition du HCDPC a abouti en mars 2023<sup>17</sup>, après une mise en sommeil de cette instance pendant près de quatre ans (cf. section 3.2 de l'annexe 3).

[49] La crise sanitaire a en outre nécessité d'adapter les équipes de l'agence à un nouveau mode de fonctionnement : généralisation du recours au télétravail à compter du 16 mars 2020, alternance de deux à trois jours par semaine sur site et en télétravail à la sortie du premier confinement, retour au télétravail généralisé pour la deuxième période de confinement fin octobre 2020. Ce n'est qu'à cette date que l'ensemble du personnel a pu être équipé d'un matériel informatique nomade. Ces changements d'organisation ont pu se répercuter sur l'avancement de certaines actions du COP. A titre d'exemple, l'objectif de payer la totalité des factures en moins de 30 jours (action 1.2.3) n'a pas été atteint à la fois du fait d'absences dans les équipes en charge mais aussi d'une augmentation du nombre de factures reçues, le passage de très nombreuses actions en distanciel ayant entraîné une démultiplication des sessions et des demandes de paiement correspondantes.

### 1.2.2 Les difficultés structurelles de recrutement, lié au statut de GIP, ont également substantiellement obéré la conduite de diverses actions

[50] La crise sanitaire a pu en outre aggraver les difficultés structurelles de recrutement que connaît l'agence du fait de son statut de GIP (cf. annexe 2). L'ANDPC ne fonctionne pas selon les principes posés par l'article 98 de la loi du 17 mai 2011 de simplification et d'amélioration de la qualité du droit qui définit le statut des GIP, selon lesquels les membres du groupement « exercent ensemble des activités d'intérêt général à but non lucratif, en mettant en commun les moyens nécessaires à leur exercice ». Le décret du 5 avril 2013 relatif au régime de droit public applicable aux personnels des groupements d'intérêt public dispose en conséquence que le mode de recrutement prioritaire des agents du GIP est la mise à disposition ou le détachement de personnel par ses membres. Or les membres du GIP ANDPC n'ont pas détaché ni mis de personnel à la disposition de l'agence, notamment en raison de l'imputation sur leur plafond d'emplois des personnels mis à disposition<sup>18</sup> et du petit nombre de postes susceptibles d'accueillir des agents d'administration centrale en détachement. Dès lors, l'ANDPC ne peut procéder à des recrutements directs que dans les conditions restrictives prévues par le décret du 5 avril 2013 : recrutement en contrat à durée déterminée (CDI) parmi les personnels pouvant être mis à disposition par les membres<sup>19</sup> seulement pour l'exercice « d'une fonction requérant des qualifications spécialisées nécessaires à la réalisation d'une mission permanente du groupement en l'absence de candidats justifiant de ces qualifications pendant au moins un an, à compter de la date de la publication de la vacance d'emploi » ; recrutement en contrat à durée déterminée (CDD), « pour assurer le remplacement d'un agent temporairement absent, pour faire face à une vacance

<sup>17</sup> Décret N°2023-164 du 6 mars 2023 relatif au Haut Conseil du développement professionnel continu des professions de santé.

<sup>18</sup> C'est notamment la raison pour laquelle la CNAM a refusé de mettre à disposition de l'ANDPC la cadre recrutée par celle-ci sur le poste de cheffe du SAJC en 2022 et a imposé à cette salariée de demander un congé sans solde.

<sup>19</sup> Article 4 du décret du 5 avril 2013.

*temporaire d'emploi ou en cas d'accroissement temporaire ou saisonnier d'activités »<sup>20</sup>,« dans la limite de la durée de l'absence de l'agent ou de la vacance de l'emploi ».*

[51] Ce n'est ainsi que grâce à la tolérance du contrôleur général économique et financier que l'agence peut procéder à des recrutements directs sur CDD de trois ans pour les postes pérennes, mais cette interprétation large du décret n'est pas garantie dans la durée. Par ailleurs, ce n'est qu'après la réalisation de deux CDD de trois ans que les agents recrutés sont éligibles à un CDI<sup>21</sup>.

[52] Ces conditions défavorables à l'attractivité des offres de l'agence expliquent des délais de recrutements parfois très longs pour des postes à technicité élevée : 123 jours pour le remplacement de l'adjoint chargé des infrastructures (avec un recrutement temporaire dans l'intervalle), 113 jours pour un statisticien, 107 et 321 jours pour des chargés de mission du service développement du DPC, près de 2 ans pour un rédacteur marchés publics. De même, les postes créés par décision de l'Assemblée générale peuvent rester vacants plusieurs mois comme le poste d'informaticien ou de responsable du contrôle interne créé dans le cadre du budget 2022. Certains postes semblent particulièrement difficiles à pourvoir comme ceux de responsable et de chargés de mission au service statistiques qui compte, au 31 décembre 2022, trois postes vacants respectivement depuis 3 mois, 9 mois et un an, le niveau de rémunération et le type de contrat proposés apparaissant peu attractifs aux candidats.

[53] Or, ces délais peuvent expliquer les retards constatés dans la réalisation de certaines actions du COP comme l'établissement de la cartographie des risques et processus et le déploiement du contrôle interne, du fait de la difficulté d'y affecter des agents dédiés à ces tâches. Ce n'est qu'avec le recours à un consultant externe que la cartographie a pu être présentée à l'AG de novembre 2021. Découpant l'activité de l'agence en macro-processus (pilotage, métier, support) et identifiant 23 risques prioritaires, elle constitue le point de départ des actions de maîtrise des risques à engager. Le recrutement en novembre 2022 du responsable de la mission contrôle interne rattachée à la direction générale devrait permettre de structurer ces actions, avec un retard de près de trois ans sur l'objectif du COP qui prévoyait une opérationnalité complète du contrôle interne dès 2019.

[54] De même, le contrôle de gestion qui devait couvrir toutes les activités de l'agence n'a été engagé que dans les domaines des RH et des instances, le contrôleur de gestion ayant quitté l'établissement en 2020 sans avoir pu transmettre les outils (tableaux de bord) qu'il avait développés à un successeur, au point que ceux-ci ont depuis été abandonnés. Pour les mêmes raisons, la comptabilité analytique qui devait être déployée fin 2020 n'a pas été engagée.

[55] Les délais de renouvellement des équipes chargées des systèmes d'information ont pu également peser l'élaboration de la stratégie SI qui devait être formalisée dans un schéma directeur des systèmes d'information (SDSI) qui devait être achevé en 2020 mais n'a toujours pas été élaboré, l'agence ayant donné la priorité à l'amélioration des outils et services en ligne existants. L'agence a certes décrit dans une note à ses tutelles de juillet 2020 les principaux axes d'évolution de son SI mais sans détailler les différents chantiers, leurs degrés de priorité, les

---

<sup>20</sup> Idem.

<sup>21</sup> L'agence comptait ainsi fin 2021, selon le bilan social, 31,6 ETP en CDI et 26,4 en CDD ainsi que 3 agents en situation spécifique (la directrice générale nommée par décision ministérielle, un fonctionnaire détaché et un agent mis à disposition par un organisme non-membre du GIP).

charges estimées et les jalons de mise en œuvre. Mais l'agence a depuis été conduite à différer la formalisation de sa stratégie SI avec le choix par la DGOS de l'Agence du numérique en santé (ANS) et non de l'ANDPC pour réaliser le SI de la certification périodique (cf. annexe 6), ainsi que l'absence de réponse des tutelles sur les propositions de développement d'un service en ligne pour permettre aux établissements de santé de suivre le DPC de leurs salariés et de les inscrire à des actions.

### 1.2.3 D'autres difficultés sont liées au modèle économique du DPC et au manque de leviers d'action de l'agence

[56] L'échec des appels d'offres lancés par l'agence à la demande de ses tutelles (cf. *supra* 1.1.3) témoigne à la fois du manque d'intérêt des professionnels pour les thématiques de santé publique jugées prioritaires par les pouvoirs publics et de la structuration d'un « marché du DPC » fonctionnant sur le mode de la libre prestation de service. L'agence qui joue le rôle de régulateur de ce marché ne dispose pour cela que de leviers d'action limités consistant à vérifier, dans des délais encadrés, le respect de critères d'enregistrement des ODPC et de validation d'actions de DPC (cf. *infra* 2.3). Dès lors que ces critères sont respectés, les ODPC peuvent proposer ces actions aux professionnels de santé, avec le tarif qu'ils fixent eux-mêmes, compte tenu des barèmes de prise en charge (frais pédagogiques) publiés par l'agence. Dès lors, il n'est pas étonnant que les organismes aient été très peu nombreux à répondre aux appels d'offres (cf. section 3 de l'annexe 5) qui les obligeaient à respecter un cahier des charges exigeant et à se soumettre à une concurrence tarifaire basée, non sur un prix par participant comme c'est le cas pour les actions de guichet, mais sur un prix par session.

[57] Le fonctionnement du marché du DPC explique également le caractère décevant des résultats des études de coûts de conception et de déploiement des actions engagées par l'agence dans le cadre du COP (action 4.3.3). L'ANDPC s'est heurtée à la fois :

- à la difficulté d'obtenir des informations détaillées et fiables de la part des ODPC, peu nombreux à répondre aux demandes des universités chargées de l'étude (une trentaine de réponses exploitables sur 142 questionnaires envoyés) ;
- et à la diversité et l'hétérogénéité des actions proposées, les coûts ne pouvant être analysés qu'à l'aune du type d'action de DPC et de son format (cf. section 4.3.3 de l'annexe 1).

[58] C'est d'ailleurs l'hétérogénéité des actions qui explique le retard pris par la réalisation d'une étude de l'impact du DPC sur les pratiques des professionnels de santé (actions 2.4.1 et 2.4.2) : cette dernière, qui devait être achevée en 2020, a soulevé des problèmes méthodologiques complexes, non encore résolus puisque la première phase de la convention de coopération signée en mai 2021 avec l'Institut de recherche et de documentation en économie de la santé (IRDES), qui consistait à analyser la faisabilité et à fixer le cadre d'analyse, n'était pas achevée à la date de remise du présent rapport (cf. annexe 1).

[59] L'absence de réalisation de l'action 2.2.3 visant à intégrer « l'expérience patient » dans la méthodologie des actions de DPC illustre elle aussi le manque de leviers sur les choix des ODPC, cette fois en matière de conception de leurs actions. L'ANDPC a en effet dû se limiter à insérer une orientation prioritaire (OP) n°19 « Prise en compte de l'expérience patient dans les pratiques » dans le triennal 2020-2022 (reconduite dans le triennal suivant), alors que l'objectif était d'intégrer

ce regard des patients experts de manière plus systémique dans la conception des actions, quelles qu'elles soient. En outre, 25 actions étaient validées en 2021 dans le cadre de cette OP, ayant donné lieu, à seulement 11 sessions réunissant 58 professionnels de santé<sup>22</sup>.

#### 1.2.4 L'agence a moins priorisé certaines actions du COP

[60] Pour plusieurs actions du COP, l'agence a montré une réticence à s'engager dans la démarche demandée. C'est le cas de celles visant à mettre en place l'évaluation de son action par des tiers. Ainsi, l'agence a retardé le lancement de la mesure de la satisfaction des usagers de la plateforme d'appui (action 1.2.1) du fait des mauvaises performances de celle-ci (cf. *supra* 1.1.2) jusqu'à mi 2022. La mesure du taux de satisfaction des utilisateurs sur l'ergonomie des services en ligne qui devait être mise en place à partir de 2019 n'a pas non plus été réalisée (action 2.3.4). De même, l'élaboration du baromètre d'image de l'agence et du DPC (action 2.3.1) que le COP prévoyait de mettre en place en 2019 avant une première campagne en 2020, renouvelée ensuite chaque année, auprès des parties prenantes (ordres, CNP, ANFH, OPCO santé, ODPC, professionnels de santé) n'a pas été engagée, l'agence motivant ce refus par la crainte d'une image négative.

[61] L'analyse de l'exécution du COP conduit également à constater l'absence de priorisation par l'agence des travaux de programmation stratégique par rapport aux enjeux opérationnels immédiats : c'est ainsi qu'elle a différé l'élaboration du SDSI au profit des travaux d'amélioration des outils et services en ligne existants (cf. *supra* 1.2.2). De même, elle n'a pas priorisé l'élaboration d'une stratégie de communication que le COP lui demandait d'élaborer dès 2018 (action 2.3.2), et a attendu 2020 pour lancer un audit externe de sa communication et 2022 pour lancer un marché de conseil visant à définir les grands contours de la stratégie correspondante.

[62] L'agence n'a pas davantage engagé de réflexion avec les sections professionnelles pour réviser les modalités d'indemnisation des membres de ses instances en décorrélant le montant des vacances de la lettre-clé de chaque profession (action 4.2.2) : soulignant dans le bilan 2019 le risque politique de cette action, elle a proposé de lui substituer la refonte des barèmes de prise en charge, réalisée en 2022. La DGOS avait certes demandé « qu'une date cible soit fixée » mais sans y revenir les années suivantes. L'agence a toutefois indiqué à la mission que ce sujet va être réouvert en 2023 « à la demande de certaines instances ».

### 1.3 Le COP n'a pas structuré le dialogue avec les tutelles qui restent par ailleurs peu investies dans la gestion du GIP

#### 1.3.1 Le dialogue de gestion sur le suivi du COP s'est appauvri rapidement, mal alimenté par des indicateurs sans grand intérêt voire inadaptés

[63] Le COP comportait une partie « mise en œuvre et suivi du contrat » qui mettait en place une comitologie ad hoc (avec un comité de pilotage, instance stratégique réunissant les

---

<sup>22</sup> Il est possible d'établir ce bilan de manière exhaustive car l'ensemble des 25 actions étaient ouvertes aux professionnels financés par l'agence, ainsi parfaitement informée des ouvertures de sessions (ce qui n'est pas le cas pour les actions qui ne sont ouvertes qu'aux professionnels qu'elle ne prend pas en charge).

signataires, et un comité technique, instance chargée du suivi détaillé du COP), et prévoyait la production annuelle de documents de suivi par l'agence (bilan annuel, accompagné d'une série de tableaux fournissant le détail de la réalisation de chaque action, mentionnant les éventuels risques ou difficultés associés, les mesures correctrices prises et les résultats des indicateurs). L'ensemble visait à alimenter un dialogue de gestion entre l'agence et ses tutelles et les présentations à l'assemblée générale.

[64] Ce mode de fonctionnement a été appliqué, au moins pour les trois premières années du COP : les documents fournis à la mission montrent que l'agence a rempli ses obligations en produisant les documents exigés, mais ils ne permettent pas de retrouver toutes les traces des réunions des comités technique et COPIL de chacune des années. Le nombre relativement limité des actions du COP (32) et sa structuration claire en quatre axes correspondant bien aux métiers de l'agence ont permis au dialogue de gestion de se dérouler comme prévu, avec une revue de l'ensemble du contrat.

[65] La signature du COP en janvier 2019, c'est-à-dire après la fin de sa première année d'application, a cependant réduit son impact, les cibles de plusieurs indicateurs n'ayant, en conséquence, pas été fixées pour l'année 2018.

[66] Le dialogue de gestion s'est en outre orienté, dès le bilan 2018 à l'été 2019, vers des modifications du calendrier de plusieurs actions et la modification de plusieurs indicateurs. A partir du dialogue de gestion 2019, en juin 2020, les signataires du COP ont travaillé à un avenant de prolongation devant préciser les actions à conserver et celles à modifier. Mais l'avenant signé en mai 2021 s'est finalement borné à prolonger d'un an le COP, sans en modifier le contenu à l'exception de l'ajout d'indicateurs de suivi de la masse salariale (action 4.2.1) qui n'ont d'ailleurs pas été produits par l'agence et ne pouvaient avoir aucun effet puisque le budget et la masse salariale 2021 étaient déjà votés à la date de leur stipulation. Cette priorité donnée à l'élaboration d'un avenant, qui se lit clairement dans le compte rendu du dialogue de gestion du 23 juin 2020, semble s'être traduite par un suivi de la réalisation des actions allégé par rapport à celui du dialogue de gestion précédent. Ce constat est encore plus marqué pour le dialogue de gestion de 2021, dont les comptes rendus présentent une analyse très synthétique des réalisations de l'année 2020. Enfin, alors que l'avenant a prolongé le COP d'un an, l'agence n'a pas fourni les documents de suivi des réalisations de l'année 2021, ayant notamment indiqué à la mission ne pas avoir jugé utile de produire un bilan 2021, et aucun dialogue de gestion ne s'est tenu en 2022 en l'absence par ailleurs de bilan 2022 ainsi que de rapport d'activité 2022 à ce stade. Cet allègement progressif du suivi semble témoigner d'un intérêt décroissant pour l'outil COP de la part des tutelles, le caractère tardif et elliptique de l'avenant 2021, et l'absence de tout avenant pour 2022 n'ayant pas constitué un signal très mobilisateur pour l'agence.

[67] Les 30 indicateurs du COP n'ont en outre pas apporté d'information supplémentaire par rapport au bilan des actions, les cibles à atteindre se bornant le plus souvent à traduire la réalisation des actions auxquelles elles étaient associées (c'était le cas pour 20 indicateurs, comprenant 9 indicateurs composites de gestion de projet, dont la construction était laissée à la main de l'agence, ce qui les rendait potentiellement peu auditables par la suite). Les 10 autres indicateurs reposant sur une formule de calcul fixée par le COP avec une cible quantitative n'ont pour 9 d'entre eux pas été mesurés : dans 4 cas l'agence a estimé l'indicateur non pertinent et demandé sa suppression ou proposé un indicateur de substitution ; pour 2 autres l'agence n'a pu

fournir les chiffres attendus ; et pour 3 autres, elle n'a pas construit les outils nécessaires à la leur production (cf. annexe 1).

### 1.3.2 Les tutelles n'assument pas entièrement leur double responsabilité de pilotage stratégique et de gestion du GIP-ANDPC

[68] Les administrations centrales signataires du COP et membres du GIP sont à ces titres investies d'une double responsabilité : fixer et suivre les objectifs stratégiques orientant l'action de l'agence ; prendre les décisions de gestion nécessaire à son bon fonctionnement. Force est de constater qu'elles peinent à exercer pleinement cette double responsabilité, notamment en tardant à prendre des décisions qui conditionnent l'exercice efficace des missions de l'agence (cf. annexe 3 et notamment sa section 1.3).

[69] **Sur le plan du pilotage stratégique**, au-delà du délai de signature du COP et de son avenant, ainsi que du contenu de ce dernier, la mission note que la directrice générale de l'agence ne s'est vu notifier ses objectifs par la directrice générale de l'offre de soins et la directrice de la sécurité sociale que pour l'année 2018. Si pour les années 2019 et 2020, le COP pouvait rendre inutile une telle lettre d'objectifs, il n'en est pas de même pour 2021 et 2022, années qu'il ne couvrait pas. En particulier, la mission de coordination de l'élaboration des orientations prioritaires de DPC, inscrite dans le COP pour le triennal 2020-2022 n'a pas été formalisée par écrit pour le triennal 2023-2025 alors qu'il s'agit d'une mission stratégique conduisant l'agence à des négociations souvent difficiles avec les conseils nationaux professionnels (cf. *infra*). De la même façon, les propositions d'évolution des textes réglementaires soumises par l'agence pour renforcer ses pouvoirs de contrôle et revoir les missions du HCDPC n'ont reçu qu'une réponse partielle et tardive (cf. *supra* 1.2.1 et annexe 3). Autre exemple significatif des limites de l'implication des membres du GIP dans son pilotage stratégique : fin avril 2023, ni l'ANDPC ni la DGOS n'étaient informées du contenu des discussions entre la DSS et la CNAM sur l'évolution du Fonds d'actions conventionnelles dans le cadre de la prochaine COG entre l'Etat et la CNAM.

[70] Le soutien des administrations à l'action de l'agence, dans la mise en œuvre des orientations qu'elles ont fixées, manque en outre parfois de détermination. L'agence a ainsi regretté le manque de réaction des tutelles au courrier des syndicats des médecins libéraux manifestant leur opposition au lancement d'appels d'offres sur certaines thématiques prioritaires de santé publique. De même, l'ANDPC a dû affronter seule le mécontentement des sections professionnelles concernant la priorité donnée par le ministère de la santé au financement des formations à la maîtrise de stage universitaire (MSU) des médecins, principalement généralistes, sur les crédits de DPC. La MSU, financée en 2022 sur les réserves de l'agence en sus de l'enveloppe de guichet, a suscité l'opposition des autres sections professionnelles ne bénéficiant pas du même dispositif pour les formations à l'accueil de leurs stagiaires ; financée en 2023 dans l'enveloppe des médecins mais en dérogation au plafond d'heures individuel, elle suscite le mécontentement des spécialités médicales en bénéficiant peu.

[71] **S'agissant de la gestion de l'agence**, plusieurs sujets évoqués de manière récurrente en AG n'ont pas été tranchés ou l'ont été tardivement par les tutelles. Le plus prégnant concerne les difficultés de recrutement résultant du statut de GIP (cf. *supra* 1.2.2) rappelées régulièrement par la directrice générale au cours des AG de la période du COP, et n'aboutissant en 2021 (cf. annexe 3) qu'à la promesse de mise en place d'un groupe de travail, groupe qui ne s'est jamais réuni. De



même, les tutelles ont esquivé l'échange suscité par l'agence quant au mode souhaitable de recours aux ruptures conventionnelles<sup>23</sup>. Sur le sujet des locaux de l'agence, à la suite d'une décision du comité interministériel de la transformation publique (CITP) de 2019 prévoyant le déménagement de l'ANDPC, les tutelles et notamment la DGOS ont en revanche régulièrement soutenu le maintien dans les locaux du Kremlin-Bicêtre eu égard aux difficultés qu'aurait entraîné un déménagement en province pour les professionnels de santé membres des instances et du surcoût d'un déménagement ailleurs en région parisienne. Elles ne sont cependant pas parvenues à obtenir l'annulation définitive de la décision du CITP qui réinterroge le ministère tous les six mois sur l'avancement du projet, laissant subsister une incertitude sur le lieu d'implantation de l'agence, avec de potentiels effets délétères pour le climat social et l'attractivité de l'organisme.

## 2 Le déploiement du DPC apparaît aujourd'hui très en deçà des ambitions affichées, notamment du fait de l'insuffisance de levier pour promouvoir, financer et suivre les actions, pour les trois quarts des professionnels concernés

### 2.1 Les particularités du DPC à la française, notamment son encadrement par des orientations prioritaires, suscitent des tensions entre l'ANDPC et les CNP

#### 2.1.1 Le système français semble sans équivalent à l'étranger

[72] Le champ d'application du DPC s'étend à 28 professions (cf. section 1.1.1. de l'annexe 4). Un champ d'une telle étendue en matière de dispositif de formation en santé n'a pas d'équivalent dans les autres pays industrialisés : comme l'a noté l'ANDPC dans le passage de son rapport annuel 2021 consacré à sa présence à l'international, les professions concernées *sont* « *uniquement les médecins la plupart du temps* ». De plus, la gouvernance est dans un certain nombre de cas « *entièrement à la main des professionnels* », avec alors l'absence complète d'étatisation du dispositif (qui n'est d'ailleurs pas toujours obligatoire<sup>24</sup>), et en particulier l'absence de financements sur fonds publics.

[73] Le compte-rendu du congrès annuel organisé du 27 au 29 avril 2021 par l'ACCME (*Accreditation Council for Continuing Medical Education*) qui est l'organisation américaine accréditrice des organismes de formation des médecins, évoque ainsi « une démarche d'accompagnement des organismes » accrédités et la production constante de « ressources d'aide », les organismes participant à cette dynamique d'amélioration continue en étant en interaction entre eux (partage d'expérience, groupe de travail, mentorat...) et avec l'ACCME.

<sup>23</sup> Source : CR de l'AG du 13 mars 2020.s

<sup>24</sup> Le compte-rendu de la conférence de consensus de Cologne des 10 et 11 septembre 2020, organisée par l'International Academy for CPD Accreditation et à laquelle l'agence a également participé, indique l'objectif de « transformer le DPC : d'une *professional obligation* à une *professional expectation* pour les médecins ».

L'ANDPC a notamment pu constater l'importance accordée à l'innovation par les acteurs étrangers du DPC ou des dispositifs s'y apparentant<sup>25</sup>.

[74] On ne trouve en revanche à l'étranger aucun dispositif comparable aux orientations prioritaires de DPC. En effet, selon le compte-rendu de la réunion du *European continuing medical education forum* de novembre 2021 (fourni à la mission par l'ANDPC) « la fixation d'objectifs nationaux (Etat, CNP ou AM) n'existe nulle part ailleurs sauf en Chine où seuls un ou deux objectifs sont fixés », et la question de l'acceptation par les professionnels français a d'ailleurs été posée à l'agence, « notamment du fait d'échec de ce type de prescription au Royaume-Uni ».

[75] Le choix français peut dans une certaine mesure se rattacher au souci d'une bonne utilisation du financement public, mais les trois-quarts des professionnels de santé français ne bénéficient pas de la prise en charge de l'agence. La mission relève en outre que si les systèmes étrangers ne s'étendent pas à un aussi grand nombre de professions, et n'édicte pas de listes limitatives de thèmes, ils contrôlent parfois les professionnels de façon plus effective, comme l'indique l'article coécrit<sup>26</sup> par l'ANDPC et l'*Accreditation Council for Continuing Medical Education* (ACCME américaine), qui fait référence au mécanisme de renouvellement des médecins (« relicensure ») en vigueur aux Etats-Unis, notamment fondé sur des nombres de points de DPC.

## 2.1.2 La mission de coordination de l'élaboration des OP donnée à l'ANDPC la place en confrontation avec les CNP

### 2.1.2.1 La délégation donnée à l'agence, non formalisée pour le triennal 2023-2025, repose sur des objectifs flous et insuffisamment justifiés

[76] Alors que les textes ne confèrent aucun rôle à l'agence dans la définition des orientations prioritaires du DPC qui relève 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, l'ANDPC a été chargée par la DGOS de coordonner l'élaboration des orientations prioritaires.

[77] Cette délégation a été inscrite dans le COP 2018-2021 pour l'élaboration des orientations prioritaires 2020-2022 mais ne semble pas avoir été formalisée pour le triennal 2023-2025<sup>27</sup>. Elle ne pose pas de difficultés de principe pour les orientations prioritaires s'inscrivant dans le cadre de la politique nationale de santé qui relèvent des administrations centrales. Mais cette délégation est plus problématique pour les orientations par profession ou par spécialité dont la loi prévoit qu'elles sont établies « 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

---

<sup>25</sup> En effet, son compte-rendu de la conférence de consensus de Cologne des 10 et 11 septembre 2020, organisée par l'*International Academy for CPD Accreditation* et à laquelle elle a participé, signale à la rubrique « quelques réflexions sur le DPC en général » le souci de « répondre aux enjeux d'apprentissage actuels : nouvelles compétences (télémédecine, travail collaboratif, ...) et connaissances (COVID-19 ...) » et de « faire de l'institution accréditrice une institution flexible ».

<sup>26</sup> *Vive la Différence: A Comparison of CPD Quality Assurance Systems in France and The United States*, publié le 24 avril 2022

<sup>27</sup> La mission a interrogé aussi bien l'agence que la tutelle DGOS quant à de possibles documents sous-jacents, sans succès dans un cas comme dans l'autre.



*spécialité*<sup>28</sup> », puisqu'elle revient à demander à un organisme qui ne dispose pas de la légitimité réglementaire ni de toute l'expertise professionnelle requise de « filtrer » les propositions des instances professionnelles. Il convient donc de donner à l'ANDPC un mandat clair dans la préparation des orientations, avec une base réglementaire plus solide qu'une simple mention dans le COP, et qui précise son rôle vis-à-vis des propositions des CNP.

### 2.1.2.2 La préparation des orientations prioritaires 2023-2025 a suscité de fortes tensions avec certains CNP en particulier ceux représentant les professions médicales

[78] Plusieurs CNP considèrent que l'agence sort de son rôle administratif en se prononçant en opportunité sur les besoins des différentes catégories de professionnels alors que cette tâche leur est dévolue. Ainsi, le collège de médecine générale (CMG) cite un « *bras de fer* » avec l'agence à propos du maintien d'une action, et souligne que les échanges bilatéraux qui en résultent entre son président et la directrice générale de l'agence affaiblissent la dimension collégiale du travail autour des orientations. Autre exemple, le CNP des pharmaciens (CPOPH) a de son côté évoqué un travail d'élaboration des orientations « *long et difficile* », avec « *de nombreuses réunions et échanges de courriels* » en raison du souhait de l'agence d'être « *décisionnaire dans les priorités à mettre en œuvre* ».

[79] L'agence soutient quant à elle que sur ce périmètre, ses interventions se bornent d'une part à vérifier que les priorités exprimées par les CNP correspondent bien à des besoins de formation et, d'autre part, que ces besoins rentrent dans le champ des compétences réglementaires de la profession concernée.

[80] Il est toutefois manifeste que les injonctions de la tutelle et de la Cour des comptes à limiter le nombre d'orientations ont eu et ont toujours un fort impact sur le pilotage de l'exercice par l'ANDPC, et donc sur son déroulement. Ainsi, la FSM, qui a coordonné la préparation des orientations prioritaires des CNP qu'elle rassemble, estime que dans la discussion autour de l'élaboration des orientations prioritaires, le sujet principal reste leur nombre. Les autres CNP ont effectivement eux aussi tous confirmé que le point dur des échanges reste le nombre d'orientations retenues.

[81] Or, la réduction du nombre d'orientations prioritaires, qui s'avère un irritant récurrent, n'est pas le gage d'une véritable capacité à prioriser ; ainsi le triennal 2020-2022 ne s'est-il caractérisé par une forte réduction du nombre d'orientations qu'au prix du recours à des définitions souvent assez larges. La priorisation s'est donc avérée en trompe-l'œil car les nouvelles fiches de cadrage, assez ouvertes, n'avaient finalement pas endigué la prolifération des thématiques. Ceci a conduit l'agence à transformer les fiches de cadrage des orientations du triennal 2023-2025 en véritables « cahiers des charges », au prix cette fois d'une remontée de 15 % du nombre d'orientations retenues. Ainsi, l'agence est largement acculée à un rôle de « garde-barrière » par définition ingrat, qui n'est pas de nature à faciliter ses interactions avec les représentants du monde de la santé.

---

<sup>28</sup> Article L. 4021-2 du CSP.

[82] La mission considère que le débat sur le nombre d'orientations a été mal posé. En effet, un nombre ne saurait être jugé excessif qu'en comparaison, ou en référence, à un point de repère, qui ne doit en l'espèce pas être sous-calibré compte tenu :

- de l'étendue du périmètre, puisqu'il s'agit de la formation des membres d'une trentaine de professions et d'au moins trois fois plus de spécialités regroupant 2 millions d'actifs, avec au sein de beaucoup de ces professions des modes d'exercices différents et des environnements professionnels<sup>29</sup> extrêmement variés, allant du médico-social à l'industrie ou à la recherche (certaines situations professionnelles sont évidemment beaucoup moins fréquentes que d'autres ; cela ne doit pas impliquer pour autant que les professionnels concernés doivent se contenter d'une offre inadaptée ou quasi-inexistante, la compétence de chaque professionnel étant nécessaire au système).
- de la forte évolutivité des besoins de formation des professionnels de santé, sous l'effet de l'impact toujours renouvelé du progrès technique et des innovations thérapeutiques, de l'apparition de nouveaux enjeux de santé publique, ou des diverses réorganisations du système de santé dont le positionnement des différentes professions.

[83] Ainsi, il apparaît difficile de calibrer ex ante un nombre maximal d'orientations prioritaires, sauf à postuler la présence d'un acteur omniscient dont la mission estime qu'il n'existe pas au sein de l'administration et probablement pas non plus au sein du système de santé.

[84] La logique « top down » ayant présidé à la sélection des orientations prioritaires s'est, de fait, avérée malthusienne : bien souvent, seules quelques orientations sont en résonance avec le quotidien d'un professionnel de santé donné, dont la moitié au titre desquelles il s'estimera suffisamment sensibilisé ou aura déjà suivi une formation l'année précédente. Le risque est alors de tuer l'envie d'apprendre, avec certes l'avantage à court-terme pour les pouvoirs publics d'un effet modérateur sur la consommation de crédits de DPC. Le fait que plusieurs professions de santé envisagent la définition de parcours de DPC pour contourner les contraintes du dispositif actuel (cf. *infra* 3.2.1) doit interroger, de même que le non-respect de l'obligation de DPC par une majorité de professionnels libéraux dont les frais pédagogiques et les pertes de recettes sont pourtant financés.

[85] Ainsi la mission estime-t-elle que l'édiction des orientations de la politique nationale de santé (ou conventionnelle), qui émane uniquement du cercle administratif, ne devrait pas précéder le dialogue avec les CNP, mais lui succéder. L'organisation annuelle du cycle prive en effet l'agence et les tutelles de signaux faibles au titre des sujets émergents et plus généralement des besoins tels qu'ils sont ressentis par les professionnels. La formulation en amont des desiderata des CNP permettrait au contraire de calibrer les orientations au titre de la politique nationale de santé (ou conventionnelle) de manière à y agréger les demandes légitimes des professions qui semblent pouvoir s'y rattacher.

---

<sup>29</sup> Le CNFPT estime par exemple que les orientations prioritaires ne tiennent pas compte des besoins des professionnels des collectivités territoriales, pour lesquels le travail d'équipe et le partenariat avec de multiples acteurs est primordial. Ainsi, des domaines tels que la formation à l'approche populationnelle en santé, ou le montage d'études d'impact en santé ne se trouvent pas dans les orientations.

[86] Un tel processus serait moins diamétralement opposé aux logiques existantes à l'étranger, avec bien souvent une gouvernance à la main des professionnels (cf. *supra*), et il aiderait ainsi à juguler le nombre d'orientations prioritaires de manière moins conflictuelle, tout en nourrissant la réflexion des tutelles. La DGOS a en effet confirmé à la mission qu'elle n'a pas d'autre moyen à sa disposition pour repérer les besoins des professions de santé. Plus généralement, aucun des acteurs consultés (CNP, ANDPC, DSS, DGOS) ne s'est dit hostile à une inversion du cycle d'élaboration des orientations prioritaires, dans laquelle les remontées des CNP pourraient contribuer à alimenter l'élaboration dans un second temps, par les tutelles et l'agence, des orientations au titre de la politique nationale de santé.

**Recommandation n°2** Donner une base réglementaire à la mission de l'agence dans l'élaboration des orientations prioritaires soumises au ministre chargé de la santé en définissant précisément son rôle par rapport à celui des CNP et inverser le calendrier pour élaborer les orientations par professions ou spécialité avant les orientations de la politique nationale de santé.

## 2.2 Le déploiement du DPC chez les professionnels non pris en charge par l'agence, soit les trois quarts de la population cible, en particulier les salariés des établissements de santé et médico-sociaux n'est pas suivi et se heurte à de multiples obstacles structurels

### 2.2.1 La mission de promotion du DPC auprès de l'ensemble des professionnels de santé donnée à l'ANDPC a été peu portée par le COP et limitée en pratique à la mise en place du document de traçabilité

[87] Le COP comportait certes un objectif relatif à la communication de l'agence auprès des professionnels de santé pour promouvoir le DPC. Si l'action peu précise consistant à « valoriser les travaux » de l'agence a été réalisée, l'action d'amélioration de l'ergonomie globale du système d'information n'a été réalisée que partiellement et avec retard (refonte de l'espace "professionnels de santé" engagée en 2019 et achevée en juillet 2020 pour l'ouverture du document de traçabilité).

[88] Plus généralement, la non-éligibilité de la plupart des professionnels de santé au financement par l'agence s'avère avoir des répercussions sur leur inclusion dans le dispositif lui-même. En effet, une analyse de l'activité de l'agence se fondant sur ses différents métiers (cf. annexe 2) montre qu'elle se centre sur les professionnels éligibles au financement de l'ANDPC. Or, non seulement ceux-ci sont minoritaires, mais ils sont quasiment absents du champ d'intervention des ODPC hospitaliers et médico-sociaux. Le tableau suivant montre en effet que les professionnels financés par l'agence ne sont pris en charge par de tels ODPC (« ES/EMS ») que dans 0,1 % des cas :

Tableau 5 : Ventilation des bénéficiaires de DPC financés par l'agence, par type d'ODPC (2021)

type d'ODPC	nb ODPC théorique	nb ODPC avec actions	nombre estimatif de bénéficiaires financés	valeur max/ODPC	nb moyen de bénéficiaires par action	valeur max/ODPC
associatifs	882	419	32359	6036	6,05	124,80
commerciaux	936	522	165250	11757	18,03	736,00
<b>ES/EMS</b>	<b>450</b>	<b>152</b>	<b>280</b>	<b>78</b>	<b>0,27</b>	<b>6,00</b>
CHU de Bordeaux	1	1	3	3	0,02	0,02
autres CHU/CHR	28	24	39	16	0,13	3,00
autres ES/EMS	421	127	239	78	0,41	6,00
unipersonnels	300	106	3039	650	4,66	87,00
universitaires	65	34	936	233	1,64	7,63
autres	34	14	24	24	0,16	0,41
<b>TOTAL</b>	<b>2667</b>	<b>1247</b>	<b>201887</b>	<b>11757</b>	<b>11,93</b>	<b>736,00</b>

Source : Données ANDPC, calculs mission

Note de lecture : les rares professionnels pris en charge par les ODPC liés à des ES et EMS sont des professionnels extérieurs, les établissements ouvrant parfois certaines de leurs actions aux libéraux intéressés.

[89] En particulier, les professionnels soumis à l'obligation de DPC mais non financés par l'agence pâtissent de la faiblesse des liens entre celles-ci et les acteurs majeurs du DPC des professionnels non financés que sont, pour les non-salariés, les fonds d'assurance formation (FAF PM et FIF PL) et, pour les salariés, les OPCO et l'ANFH, mais aussi les divers employeurs concernés et, le cas échéant, leurs fédérations (cf. annexe 3, et notamment sa partie 3 relative au HCDPC).

[90] L'agence indique être régulièrement intervenue auprès de la conférence des DG de CHU ou avec les directions qualité pour présenter et expliquer le dispositif, mais elle reconnaît une certaine difficulté à identifier les bons partenaires pour promouvoir le dispositif dans les établissements de santé et médico-sociaux<sup>30</sup>. C'est certes aussi aux employeurs qu'il revient de s'approprier les dispositifs, même s'il reste manifeste que dans certains cas tels que celui de la fonction publique territoriale, le portage spontané de dispositifs complexes ne bénéficiant qu'à une part minime de l'effectif est structurellement compromis.

[91] Les difficultés d'appropriation du DPC parmi les salariés sont bien connues de l'agence et des tutelles, l'agence ayant d'ailleurs adressé le 15 mai 2018 au Directeur de cabinet de la Ministre de la santé et à la DGOS une note sur des « propositions pour une dynamique du DPC en établissement de santé et pour des ajustements réglementaires nécessaires pour fluidifier la mise en œuvre du dispositif ».

[92] Pour autant, le sujet ne constitue pas un point d'échange inter-administratif. En effet, le vaste pan des acteurs du système de santé que constituent les professions salariées n'est évoqué

<sup>30</sup> La teneur des contributions écrites communiquées par les fédérations FHP et FEHAP, partiellement basées sur des retours de leurs membres, montre que l'enjeu n'est plus aujourd'hui celui d'une promotion du DPC, mais bien celui de son adaptation aux difficultés d'acceptation généralisées dans ce secteur (cf. annexe 4)

que lors des échanges relatifs aux budgets rectificatifs en AG, sous l’angle de la sous-consommation de l’enveloppe de l’ANFH, qui n’est elle-même dédiée qu’aux seuls médecins salariés des établissements publics de santé<sup>31</sup>. Les salariés non médicaux ou exerçant ailleurs qu’en établissement de santé sont ainsi les grands oubliés des échanges (liste à laquelle il faut dans une certaine mesure adjoindre les médecins salariés des établissements privés).

[93] Cet angle mort des échanges inter-administratifs met ainsi en péril toute équité interprofessionnelle (voire intraprofessionnelle) entre salariés et non-salariés dans l’accès au DPC ; il est d’autant plus surprenant que ce sont les tutelles qui ont l’accès le plus facile aux employeurs du secteur, l’agence n’étant en contact avec eux qu’en leur éventuelle qualité d’ODPC.

[94] Au début de la période du COP, le HCDPC avait certes un rôle de promotion du DPC auprès des professionnels de santé mais aussi de leurs employeurs. Il incluait des représentants des syndicats représentatifs des professions libérales et salariées, et des fédérations d’employeurs<sup>32</sup> : fédérations hospitalières (y compris hospitalisation à domicile) mais aussi fédération nationale des centres de santé, service de santé des armées et collègue employeur du conseil supérieur de la fonction publique territoriale. Compte tenu de ses prérogatives et de sa composition, le HCDPC a donc été conduit à aborder une grande variété de sujets durant les années 2018 et 2019, souvent à l’initiative des syndicats de professionnels (cf. section 3 de l’annexe 3).

[95] Mais la dernière séance du HCDPC du 27 novembre 2019 a donné lieu à l’annonce de l’intention de la Ministre chargée de la santé de transformer le Haut Conseil, « *instance de représentation des parties prenantes (...) en instance scientifique en appui du développement du dispositif* ». Il s’en est ensuivi près de 4 ans de mise en sommeil du HCDPC. La DGOS a toutefois procédé à la finalisation du décret début mars 2023 ; mais la réécriture de l’article R. 4021-11 du CSP a amoindri la présence des CNP au point d’empêcher la représentation de l’ensemble des professions financées par l’agence, et elle a surtout exclu du HCDPC tous les représentants des employeurs de professions de santé dont les fédérations hospitalières.

[96] Ce choix pose question eu égard aux missions qui continuent à être assignées au HCDPC, puisque le CSP continue à évoquer la « *promotion des actions de développement professionnel continu* », même s’il ne fait plus référence à la cible de cette promotion, alors qu’il précisait auparavant « *auprès des professionnels de santé et des employeurs* » ;

[97] Certaines fédérations hospitalières ont indiqué à la mission avoir déjà protesté contre cette exclusion lors des exercices de pré-concertation, et lui ont d’ailleurs retransmis divers courriers adressés au ministère sur des enjeux plus larges consistant notamment à « *améliorer la*

---

<sup>31</sup> L’AG du 13 mars 2019 constate une « une large sous-consommation de l’enveloppe », l’AG du 16 mars 2021 « une sous-consommation », l’AG du 16 mars 2022 évoquant « des crédits non dépensés l’an passé », alors que le conseil de gestion du 02 décembre 2021 indiquait que « cette somme n’est pas toujours dépensée ».

<sup>32</sup> La FHP estimera lors de la séance du 10 avril 2019 que si « les textes fondateurs de l’agence nationale du DPC ne lui confient pas une activité d’accompagnement des ODPC (...) la FHP est censée remplir ce rôle pour les établissements de santé du secteur privé. Les fédérations ont un rôle à jouer vis-à-vis de leurs établissements ».

coordination entre les différentes parties prenantes décisionnaires, afin de simplifier l'accès à la formation »<sup>33</sup> ou encore à « disposer des budgets de formation nécessaires ».

## 2.2.2 Le dispositif apparaît inadapté aux ressources financières et priorités des employeurs ainsi qu'aux besoins et organisations de travail de leurs salariés

### 2.2.2.1 Les employeurs des professionnels de santé doivent gérer à l'intérieur de budgets de formation contraints de multiples obligations parmi lesquelles le DPC n'apparaît pas prioritaire

[98] **L'équation financière de la formation des salariés n'est aujourd'hui pas favorable à l'essor du DPC**, alors que la loi de 2018 a amoindri les ressources dédiées à la formation professionnelle pour les établissements privés de plus de 50 salariés. Chacune des deux fédérations hospitalières du secteur privé pointe en effet l'inadéquation des moyens dévolus. Ainsi, pour la FEHAP, on assiste à une baisse des budgets alors même que « les besoins en qualifications augmentent »<sup>34</sup>. De fait, la DGEFP a confirmé à la mission que **les fléchages financiers à destinations respectives du plan d'investissement dans les compétences (PIC), de l'apprentissage et de l'alternance, et du CPF<sup>35</sup> mobilisent, depuis la loi du 5 septembre 2018 pour la liberté de choisir son avenir professionnel, 90 % des ressources produites par les cotisations légales**, le résidu étant en partie dévolu à d'autres dispositifs spécifiques<sup>36</sup>. La situation est toutefois différente pour les établissements privés à but lucratif, pour lesquels ce ne sont que leurs ressources propres qui peuvent financer des actions de DPC, et les établissements à but non lucratif, pour lesquels existe une cotisation formation fixée par accord de branche qui peut y contribuer.

Tableau 6 : 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

<sup>33</sup> Note de la FHP sur « les évolutions nécessaires pour un plan ambitieux de formation en santé », septembre 2022

<sup>34</sup> Source : contribution écrite envoyée à la mission

<sup>35</sup> quote-part versée à la CDC.

<sup>36</sup> Tels que l'aide au permis de conduire.

Catégorie	Organismes financeurs	Ressources financières	Observations
Salariés des centres de santé	ANDPC (10 professions) OPCO* ou CNFPT pour autres professions	Dotation du FAC Cotisation légale OPCO (1 % si plus de 11 salariés) Cotisation CNFPT (0,9 %)	Si le CDS compte moins de 50 salariés  Les PS sont très minoritaires au sein de la FPT (25 000 sur 1 million)
Médecins salariés des EPS	ANDPC via ANFH ANFH	Dotation du FAC enveloppe dédiée Cotisation 0,5 % (CHU) ou 0,75 %	- Part minoritaire (2,6M€ /22,2M€ en 2021)
Médecins salariés des ES/EMS privés	ANDPC via OPCO santé  OPCO santé : ES associatifs ES commerciaux	Dotation du FAC enveloppe dédiée Cotisation légale 1 % Cotisation de branche (1 %) Pas de cotisation de branche	- Financement non mobilisé (pas de convention avec OPCO santé) Non reversée aux ES > 50 salariés. Selon priorités de la branche Pas de financement
Personnels non médicaux des EPS (sauf AP-HP)	ANFH	Cotisation plan de formation, 2,1 %	60 % affectés aux études promotionnelles (non DPC), puis priorités de la formation continue tout au long de la vie
AP-HP	Ressources propres		Actions de DPC non identifiées dans le programme de formation
Professionnels de santé de la FPT (hors CDS)	CNFPT	Cotisation CNFPT (0,9 %)	Les PS sont très minoritaires au sein de la FPT (25 000 sur 1 million)
Professionnels de santé non médecins des ES/EMS privés	OPCO santé : ES associatifs ES commerciaux	Cotisation légale 1 % Cotisation de branche (1 %) Pas de cotisation de branche	Non reversée aux ES > 50 salariés. Selon priorités de la branche Selon les ressources propres de l'ES ou du groupe
PS salariés du secteur privé hors ES/EMS :  Salariés des établissements thermaux , des SSTI, Salariés des structures	OPCO selon branche  OPCO Santé  OPCO cohésion sociale	Cotisation légale 1 % + éventuellement cotisation de branche	Non reversée aux établissements de plus de 50 salariés.

Catégorie	Organismes financeurs	Ressources financières	Observations
mutualistes, des organismes de sécurité sociale, des SSIAD, des crèches associatives			
Salariés de cabinets médicaux et dentaires, officine, LBM, audioprothèse,	OPCO entreprises de proximité		
Salariés de l'optique lunetterie	OPCO Commerce		
Ambulanciers salariés	OPCO mobilité		
Salariés de l'industrie pharmaceutique, professionnels de l'appareillage	OPCO 2i		
Professionnels non salariés non libéraux (appareillage)	Pas d'organisme	Ressources propres ou cotisations volontaires à un OPCO	

Source : Mission. \*L'OPCO compétent dépend de la branche professionnelle auquel le centre de santé adhère.

[99] A la différence des OPCO du secteur privé, l'ANFH n'est certes pas concernée par les prélèvements opérés sur les cotisations légales. Toutefois, la cotisation de 2,1 % de la masse salariale versée par les établissements au titre du plan de formation est largement préemptée par les études promotionnelles, actions diplômantes non éligibles au DPC, qui représentaient en 2021 59 % des dépenses et engagement de l'année<sup>37</sup>. Ainsi, dans les établissements publics de santé, les études promotionnelles et les DU pèsent de façon significative dans les budgets A contrario, les dépenses susceptibles de correspondre à des actions éligibles au DPC ne représentaient que 29 % du total<sup>38</sup>. Deux conseils de l'ordre, le CNOI et le CNSF, ont confirmé ce poids des études promotionnelles ; le CNSF a souligné au passage la rupture d'équité interprofessionnelle associée, puisque les sage-femmes n'y ont pas accès. Pour illustrer l'étroitesse des marges budgétaires, le CNP des aides-soignants, prenant l'exemple d'un établissement de santé dans lequel exerce un de ses membres, a mentionné un budget de formation annuel limité à 250 € par agent, quand il en faudrait 1000 à 2000 en pratique.

<sup>37</sup> Source : rapport d'activité 2021 de l'ANFH : 252 M€ de charges de l'année + 327 M€ au titre des engagements 2021 relatifs aux accords conclus sur un total de 983 M€ de dépenses.

<sup>38</sup> 62 M€ pour les actions 2b et 222 M€ pour les actions 2c, toutes catégories de personnels confondues.



[100] S’agissant des personnels médicaux des établissements :

- dans le cas des établissements publics de santé, les chiffres transmis par l’ANFH pour 2022 indiquent un total de 33,2 M€ budgété pour le DPC médical, dont un financement prévisionnel par l’ANDPC de 3,5 M€<sup>39</sup>. Or, au début de la mise en place du DPC le financement de l’OGDPC était bien plus important, avec par exemple 17,2 M€ en 2013. Si ce phénomène s’explique partiellement par une sous-consommation des dotations de l’ANDPC (dont ANFH et ANDPC s’accusent mutuellement d’être à l’origine, cf. annexe 4), toujours est-il que les personnels médicaux ont ainsi perdu autour de 14 M€ de financement en 10 ans. Même en tenant compte des cotisations des employeurs, cela ne fait que 450€ par an et par médecin alors que l’ANFH estime qu’il en faudrait le double pour couvrir les besoins ;
- pour les médecins salariés des établissements privés, l’OPCO santé a rejeté le principe d’une convention triennale proposé par l’ANDPC (cf. annexe 4) ; le montant prévisionnel inscrit, de l’ordre de 1,5 M€ par an, n’a donc pas été consommé.

[101] Enfin, d’autres professionnels hors des établissements relèvent d’OPCO dont la présence dans le champ de la santé est résiduelle, d’où l’absence d’identification ou de priorisation du besoin de financement de leur DPC : les professionnels du grand appareillage relèvent ainsi de l’OPCO *2i* (ex *métallurgie*), ceux des crèches associatives de l’OPCO *cohésion sociale* (ex *Uniformation*, qui couvre par ailleurs les organismes de sécurité sociale, l’habitat social, les salariés de droit privé de Pôle emploi, etc.). Pour des raisons analogues, les quelque 35 000 professionnels de santé de la fonction publique territoriale (médecins, infirmiers, auxiliaires de puériculture des services de PMI des départements, salariés des établissements de santé et médico-sociaux des CCAS) éprouvent des difficultés à accéder à des actions de DPC (les collectivités territoriales, qui doivent répondre aux besoins de formation de près de 2 millions d’agents, ignorant parfois l’existence du DPC).

[102] Compte tenu des contraintes financières qui viennent d’être rappelées, **la construction des plans de formation d’un certain nombre d’employeurs doit, de fait, d’abord prendre en compte des obligations diverses parfois assorties de sanctions, nécessitant d’améliorer les connaissances et compétences des personnels.** Comme le rappelle une note de propositions<sup>40</sup> de la FHP, « notre secteur étant réglementé, une part importante des budgets formation est consacrée à des formations obligatoires, dans un objectif de sécurisation des compétences et des carrières ». C’est d’autant plus le cas que les orientations données aux responsables d’établissements quant aux plans de formation sont centrées sur l’adaptation à leurs besoins métiers et stratégies RH et ne mentionnent le DPC qu’à la marge.

[103] Ainsi, dans la FPH, **la note d’orientation adressée par la DGOS aux chefs d’établissements visant à appeler leur attention sur les priorités à inscrire dans le plan de formation, ne comporte que de rares allusions au DPC**, parfois peu explicites voire non à jour (cf. section 1.3.2.3 de l’annexe 4). De même, dans les groupes privés d’établissements rencontrés par la mission, aucune priorité particulière n’est donnée au DPC, les directions nationales souhaitant laisser une grande marge

<sup>39</sup> En 2021, les dépenses réelles se sont élevées à 22,2 M€ dont 2,6M€ pris en charge par l’ANDPC.

<sup>40</sup> Note « propositions d’évolution de la loi pour la liberté de choisir son avenir professionnel », septembre 2022

d'autonomie à leurs établissements, ne serait-ce qu'au titre de leur projet d'établissement dont le projet médical et les enjeux RH spécifiques (formations diplômantes, VAE).

[104] En guise d'exemple de formation obligatoire, les interlocuteurs de la mission ont fréquemment cité la formation aux gestes et soins d'urgence, non éligible au DPC. Mais il existe de nombreux autres exemples d'obligations imposant de former et de renforcer les compétences des personnels, plus spécifiques à certains métiers et/ou environnements professionnels, telles que celles liées à l'accréditation des laboratoires (cf. encadré en section 1.3.2.2 de l'annexe 4), ou encore à la radioprotection (avec à la clé de nombreux enjeux médicotéchniques pour le personnel des blocs ou de l'imagerie). Ont aussi été évoquées de façon plus générique toutes les obligations découlant du droit des autorisations et du processus de certification, avec divers exemples d'actions liées aux salles de réveil, à la stérilisation ou à la prise en charge de certains types de patients (dont les enfants et les personnes âgées).

[105] Les représentants de la conférence des DG de CHU ont d'ailleurs souligné que la HAS évalue déjà, dans le cadre de la certification, la gestion des risques au sein des établissements, et que la participation aux actions éponymes serait donc valorisable au titre du DPC. De même, plusieurs interlocuteurs de la mission ont estimé qu'il faudrait aussi valoriser la participation à l'accréditation en équipe, également sous l'égide de la HAS, alors que seule l'accréditation individuelle est prise en compte aujourd'hui dans le DPC.

### 2.2.2.2 Les professionnels salariés ont très peu accès aux actions du catalogue de l'ANDPC, qui ne répond que partiellement aux besoins liés à leurs conditions d'exercice

[106] **L'information des professionnels salariés et de leurs employeurs sur l'obligation de DPC et les moyens d'y satisfaire apparaît lacunaire.** Selon la FEHAP « *les directeurs d'établissement ou de pôle qui sont les commanditaires de la formation continue n'ont pas tous la connaissance de l'obligation triennale des professionnels de santé de suivre une formation proposée par l'agence* ».

[107] Les interlocuteurs de l'AP-HP ont ainsi fait état d'une absence totale de demande de la part des 45 000 professionnels de santé non médicaux de la structure. Le cas de l'AP-HP est toutefois emblématique du caractère difficilement appropriable des plans de formation dans la plupart des établissements. Le CNP infirmier a en effet souligné que le catalogue de formation y compte 584 pages, et les représentants de l'AP-HP ont eux-mêmes indiqué que les actions labellisées DPC n'y sont pas identifiées. Le CNP des aides-soignants a signalé qu'il faudrait que les établissements proposent des catalogues des actions de DPC par orientations prioritaires. Cela reviendrait toutefois à leur demander un travail de mise en cohérence que la DGOS elle-même n'effectue pas, dans ses notes annuelles aux établissements sur les orientations des plans de formation (cf. section précédente). La mauvaise information des salariés se vérifie aussi dans le secteur médico-social (et ce bien que la DGCS ait rejoint le GIP ANDPC durant le COP 2018-2021).

[108] Or, le « Ségur de la santé » n'a évoqué l'objectif de « simplifier l'accès à la formation et au DPC » que dans le cadre des accords sur les praticiens hospitaliers de l'hôpital public. De plus, alors que le contrôle de l'obligation de DPC pourrait représenter une incitation forte à la démarche pour les salariés, les deux autorités chargées de ce contrôle, les ordres professionnels et les employeurs, ne se sont pas emparées de cette responsabilité (cf. section 1.3.3.5 de l'annexe

4). Il est toutefois difficile aux employeurs d'intervenir en contrôle s'ils n'ont pas ouvert des possibilités d'accès aux actions de DPC dans les plans de formation où ces actions ne sont pas toujours identifiées et/ou s'ils n'ont pas les moyens financiers nécessaires au développement des actions de DPC au sein de leur structure. En effet, comme déjà souligné à la section précédente, le DPC est en concurrence avec d'autres obligations assorties de sanctions, les représentants du Conseil national de l'Ordre des médecins (CNOM) s'étant dans ce contexte interrogés sur ce que veut dire veiller au respect de l'obligation en l'absence de sanctions.

[109] **Le manque de disponibilité des personnels pour suivre des actions est un autre facteur déterminant de l'absence de diffusion du DPC dans les établissements.** La FHP souligne ainsi que la réception de l'information est compliquée par la démultiplication des obligations réglementaires et le contexte de ressources humaines se traduisant par un turnover important du personnel. Ce contexte constitue selon elle une raison supplémentaire d'accorder une grande attention à la simplicité des procédures et à la reconnaissance de l'existant, et de prioriser les enjeux de maintien dans l'emploi et d'évolution professionnelle. L'enjeu d'un turnover important renforce d'ailleurs l'acuité du sujet de l'accès au DPC pour les personnels remplaçants (comme l'a remarqué le Synerpa) ou intérimaires.

[110] **Par ailleurs, l'accès direct aux actions du catalogue de l'ANDPC, conçu pour les professionnels libéraux n'est pas possible pour des salariés dont l'inscription est subordonnée à l'accord de l'employeur.** Certains employeurs acceptent l'inscription individuelle de leurs salariés auprès de l'agence mais à condition que ceux-ci fassent l'avance de frais, en subordonnant leur prise en charge à leurs règles internes (par exemple un plafond de financement annuel). Les employeurs soumis aux règles de la commande publique ne peuvent pas solliciter directement les ODPC inscrits auprès de l'agence pour des inscriptions collectives mais sont tenus de les mettre en concurrence. Certains lancent des procédures d'achat en posant comme condition l'enregistrement des candidats comme ODPC et la validation de l'action par l'ANDPC mais les délais des procédures de marché et ceux du dépôt des actions peuvent se révéler incompatibles.

[111] **En outre un certain nombre de professionnels pointent l'absence d'offre adaptée de DPC.** En effet, les actions publiées, structurées par formation et mode d'exercice, ne répondent pas à tous les besoins liés à la diversité des environnements professionnels des salariés. En particulier, les actions multiprofessionnelles ne sont pas assez diversifiées pour s'adapter à tous les types d'établissements. Ainsi, la FEHAP indique que « *les propositions actuelles du DPC correspondent peu aux besoins des établissements médico-sociaux ou au secteur sanitaire très spécialisés* », qui organisent leurs EPP et GDR en équipe et doivent donc choisir des actions relevant des orientations au titre de la politique nationale de santé publique. Or, « *celles-ci sont très restreintes ce qui démotive les professionnels et ne répond pas aux besoins des établissements. Pour les professionnels qui en sont déjà à leur troisième cycle de DPC nous retombons donc toujours dans les mêmes thèmes (douleur, soins palliatifs, maltraitance)* » (le tableau 7 de l'annexe 4 confirme la plus forte appétence des établissements sanitaires et médico-sociaux pour les actions multiprofessionnelles, qui y prédominent).

[112] Le DPC ne prend pas davantage en compte les enjeux d'adaptation à l'emploi, dont l'agence estime qu'ils relèvent de la formation initiale. Or, les infirmiers sont d'après leur CNP souvent affectés dans des services demandant des compétences spécifiques non acquises antérieurement. Ceci revient à exclure du DPC des actions indispensables pour l'employeur comme pour le salarié, et qui rentrent dans l'objectif d'amélioration des compétences des

professionnels, alors même qu'il n'est pas certain que l'employeur aura les ressources pour financer d'autres actions estampillables DPC.

[113] Enfin, les professions dont l'exercice salarié est trop protéiforme ou minoritaire sont également insuffisamment prises en compte.

[114] La profession des pharmaciens, numériquement importante, mais dont l'ordre est organisé en sections, est un bon exemple de dispersion des environnements professionnels. Or les données de l'agence pour 2021 montrent que les pharmaciens industriels/répartiteurs n'ont accès qu'à 163 actions, loin des 1735 actions constatées pour les pharmaciens titulaires d'officine, ou même des 800 actions ouvertes aux pharmaciens hospitaliers. En outre, selon la loi, il ne saurait exister d'activité pharmaceutique sans établissement pharmaceutique. Ne sont donc inscrits sur aucun tableau de l'Ordre les pharmaciens inspecteurs de santé publique, les pharmaciens fonctionnaires ou assimilés des ministères chargés de la santé ou de l'enseignement supérieur et de leurs opérateurs (n'exerçant pas, par ailleurs, d'activité pharmaceutique), et les pharmaciens appartenant au cadre actif du service de santé des armées de terre, de mer et de l'air.

[115] Le CNP du grand appareillage orthopédique fournit quant à lui des exemples de professions à faibles effectifs sans offre pertinente : pour les orthoprothésistes, 4 groupes privés, qui regroupent 85 % des professionnels (et sont par ailleurs labellisés Qualiopi) organisent leurs propres formations, non validées DPC notamment du fait des règles spécifiques aux congrès (séparation des salles...). Ces règles entraveraient aussi la reconnaissance de celles proposées par une société savante (AFA AMPAN). Ainsi, ce CNP songe à inclure les congrès et DU dans un parcours de DPC, de manière à avoir accès à une véritable offre.

Tableau 7 : Types d'action de DPC selon la profession

	actions acceptées	FC	dont mono	EPP	dont mono	GDR	dont mono	PI				dont mono
								FC-EPP	FC-GDR	EPP-GDR	3 types	
ENSEMBLE	16918	14996	10120	487	303	47	8	1371	12	1	4	1132
aide-soignants	2099	1988	57	44		21		40	5		1	
assistants dentaires	3	3	2									
audioprothésistes	70	69	15					1				
auxiliaires de puériculture	659	622	4	17		10		8	1		1	
biologistes	420	334	64	58		8		17	3			2
chirurgiens-dentistes	774	725	324	16	4	1		30	2			18
diététiciens	739	667	11	29		8		33	2			
épithésistes	29	28						1				
ergothérapeutes	1163	1115	114	28		8		10	1		1	
infirmiers	5616	5209	1740	145	21	34		214	11		3	79
manipulateurs d'électroradiologie	339	321	63	6		6		2	4			
masseurs-kinésithérapeutes	3440	3293	1632	51	2	11		82	3			13
médecins	8462	6840	3883	410	233	44	8	1153	12	1	2	979
ocularistes	16	15						1				
opticiens-lunetiers	353	335	305	11	11			7				6
orthophonistes	1552	1480	772	52	27	8		10	1		1	
orthoprothésistes	61	59		1				1				
orthoptistes	400	383	75	10		2		4	1			
orthopédistes-orthésistes	63	59		1		1		2				
orthésistes	48	44				1		2	1			
pédicures-podologues	818	797	220	6	1	2		13				3
pharmaciens	2238	2021	591	84	2	18		109	5		1	18
physiciens médicaux	2	2										
podo-orthésistes	85	82				1		2				
prothésistes	42	39				1		1	1			
préparateurs en pharmacie	930	848	1	13		11		53	4		1	
psychomotriciens	965	916	6	31	1	6		10	1		1	
sage-femmes	1539	1415	199	20	1	12		90	2			14
techniciens de laboratoire	215	208	42	2		2		1	2			

Note de lecture : les orthésistes et prothésistes ont, depuis, été répartis entre orthésistes, orthopédistes orthésistes, orthoprothésistes et podo-orthésistes ; pour les actions multiprofessionnelles et l'ensemble des actions, le total est inférieur à la somme des nombres d'actions par professions, puisqu'une même action multiprofessionnelle profite potentiellement à plusieurs professions et apparaît donc sur plusieurs lignes du tableau.

Source : Données ANDPC, calculs mission

### 2.2.2.3 Les employeurs n'ont pas d'intérêt à agir pour devenir ODPC et déposer des actions

[116] De nombreuses actions qui pourraient relever du DPC sont réalisées en interne par les employeurs, en particulier les actions d'EPP et de GDR organisées par les établissements de santé et médicaux-sociaux, mais souvent aussi des actions de formation lorsqu'ils se sont dotés d'une structure de formation. La validation de ces actions comme actions de DPC suppose alors que l'employeur s'inscrive comme ODPC et dépose ces actions auprès de l'agence.

[117] **Un premier obstacle pour les employeurs, déjà évoqué en section 2.1.2.2, est lié au caractère très contraignant des fiches de cadrage des orientations prioritaires de DPC** : le guide d'aide au dépôt des actions rédigé par l'agence stipule en effet que la globalité du programme pédagogique

de l'action de DPC doit être 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. L'agence estime que son encadrement des actions garantit la réponse aux attentes scientifiques et pédagogiques des professionnels de santé. Elle revendique l'effort de plus grande précision qu'elle a été fortement incitée à mettre en œuvre. Mais la compatibilité de fiches de cadrage entièrement définies au niveau national avec les réalités différenciées des établissements pose question. Or 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. Les représentants de la conférence des DG de CHU ont ainsi souligné qu'il devrait y avoir une place pour une adaptation locale, basée sur les besoins des structures et leurs projets médicaux, ce qui favoriserait le portage par une communauté médicale.

[118] **Par ailleurs, les modalités pratiques de dépôt des actions restent elles aussi contraignantes.** Certes, l'agence n'est pas restée inactive face aux enjeux de facilitation en la matière. Parmi les améliorations notées par les ODPC interrogés, l'enregistrement triennal des actions, le fait que dates et prix peuvent maintenant être adaptés, ou encore l'introduction de nouveaux masques de saisie et la mise à disposition d'un guide d'aide au dépôt des actions. Toutefois, divers irritants subsistent :

- le plus souvent cité est l'absence de conservation de l'historique des échanges avec l'agence, ce qui empêche toute traçabilité sauf captures d'écran (ce à quoi procèdent certains ODPC).
- est également fréquemment évoquée l'absence de possibilité de sauvegarde au fil de la saisie.

[119] Au total, il faut selon la structure de formation d'un ESPIC consacrer 4 jours de travail au dépôt de 6 actions, ce qui est assez proche de l'ordre de grandeur indiqué par les équipes de l'AP-HP (3 heures de travail par action). De plus, alors que les procédures ont jusqu'ici été marquées par une certaine instabilité, les ODPC ont l'impression de ne pas avoir d'interlocuteurs. La FHP a souligné les difficultés pour joindre l'agence et « *avoir des réponses claires et coordonnées (pas toujours les mêmes réponses de la part des différents interlocuteurs que nous pouvons avoir sur une même question)* ». Le CHU de Bordeaux a certes obtenu la désignation d'un « référent » par l'agence, mais il s'agit d'un cas dérogatoire non répliquable. En outre, au-delà des enjeux d'ergonomie du dépôt, il a été souligné qu'aux 3 mois de délai avant publication des actions par l'agence, il faut ajouter 2 mois et demi de préparation des actions, **soit au total un « temps de réaction » de 6 mois.**

[120] Malgré ces obstacles, les établissements de santé et médico-sociaux enregistrés auprès de l'agence sont néanmoins un certain nombre à déposer des actions puisqu'en 2021 152 d'entre eux ont pu publier au total 1038 actions de DPC via l'agence. En particulier, ces établissements proposent à eux seuls 45 % des actions d'EPP, et 55 % des actions de GDR publiées, tous ODPC confondus (pour à peine 5 % des actions de formation continue). Il s'agit d'ailleurs du seul type d'ODPC à enregistrer certaines actions comme strictement réservées à leur personnel (en 2021,



cela a concerné des actions de 14 CHU sur 25 en publiant, et de 65 autres ES / EMS sur 127 en publiant).

[121] Pourtant, ces ODPC se heurtent à l'absence de toute logique de capitalisation sur l'existant de la part de l'agence, bien que les établissements sanitaires soient tenus à des évaluations de pratiques régulières. Il a ainsi été indiqué dans le mailing adressé aux ODPC intitulé « en route vers le triennal 2023-2025 » que « Le DPC est un dispositif d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins en soutien des enjeux de la politique nationale de santé et des enjeux professionnels ; ceux-ci sont identifiés tous les 3 ans par l'Etat et les Conseils nationaux professionnels. Il s'agit donc pour les ODPC de **construire leurs actions à partir d'une orientation prioritaire et non l'inverse** » [en gras dans le texte].

Tableau 8 : Types d'actions de DPC publiées selon le type d'ODPC (2021)

type d'ODPC	nb ODPC théorique	nb ODPC avec actions	total actions	actions /ODPC	valeur max/ODPC	dont EPP	% des actions de l'ODPC	dont GDR	% des actions de l'ODPC	dont FC	% des actions de l'ODPC	dont PI	% des actions de l'ODPC
associatifs	882	419	5349	12,8	385	116	2,2%	14	0,3%	4527	84,6%	692	12,9%
commerciaux	936	522	9163	17,6	439	128	1,4%	7	0,1%	8372	91,4%	656	7,2%
<b>ES/EMS</b>	<b>450</b>	<b>152</b>	<b>1038</b>	<b>6,8</b>	<b>162</b>	<b>217</b>	<b>20,9%</b>	<b>26</b>	<b>2,5%</b>	<b>774</b>	<b>74,6%</b>	<b>21</b>	<b>2,0%</b>
CHU de Bordeaux	1	1	162	162,0	-162	129	79,6%	12	7,4%	20	12,3%	1	0,6%
autres CHU/CHR	28	24	288	12,0	44	62	21,5%	3	1,0%	217	75,3%	6	2,1%
autres ES/EMS	421	127	588	4,6	33	26	4,4%	11	1,9%	537	91,3%	14	2,4%
unipersonnels	300	106	652	6,3	41	9	1,4%	0	0,0%	637	97,7%	6	0,9%
universitaires	65	34	570	16,3	140	17	3,0%	0	0,0%	542	95,1%	11	1,9%
autres	34	14	146	10,4	58	0	0,0%	0	0,0%	144	98,6%	2	1,4%
<b>TOTAL</b>	<b>2667</b>	<b>1247</b>	<b>16918</b>	<b>13,6</b>		<b>487</b>	<b>2,9%</b>	<b>47</b>	<b>0,3%</b>	<b>14996</b>	<b>88,6%</b>	<b>1388</b>	<b>8,2%</b>

Source : Données ANDPC, calculs mission

[122] Un autre obstacle est lié aux cadres méthodologiques impliquant de réunir les mêmes professionnels conjointement, parfois à plusieurs reprises, plus encore dans le contexte actuel de tension sur les effectifs de professionnels de santé. Un institut de formation associatif (ODPC) a signalé qu'il est dur de prévoir de libérer les professionnels conjointement car dans le médicosocial il n'y a pas de périodes de fermeture pour certains établissements tels que les EHPAD. La FEHAP attire l'attention sur les actions d'EPP qui « se déroulent en 3 temps ce qui impacte fortement les organisations. En effet pour que le professionnel valide son action il faut qu'il participe aux 3 temps de regroupement, ce qui est difficile à concilier pour les établissements ouverts 24h/24 avec des plannings tournants » La FHP, qui qualifie certaines règles de « non réalistes », abonde dans le même sens lorsqu'elle mentionne l'« obligation de présence à 3 CREX<sup>41</sup>/RMM<sup>42</sup> pour que l'action soit valide » alors que « dans la réalité les mêmes médecins ne peuvent pas toujours participer à une même succession de réunions, qui de plus ne sont pas toujours planifiées à l'avance (surtout depuis le COVID ! ) ».

[123] Ainsi, **la grande majorité des actions d'EPP et de GDR suivies par les professionnels salariés ne figure pas au catalogue de l'agence.** De nombreux établissements semblent avoir renoncé à

<sup>41</sup> Comité de retour d'expérience.

<sup>42</sup> Revue de mortalité et de morbidité.

déposer des actions auprès de l'agence et même les établissements enregistrés comme ODPC renoncent à faire valider toutes leurs actions (à chaque fois que le périmètre d'une action est modifié, il faudrait la faire revalider), quand ils ne cessent pas totalement de déposer des actions.

[124] L'exploitation des fichiers de l'agence indique en effet qu'en 2021 à peine un tiers des établissements sanitaires ou médico-sociaux enregistrés comme ODPC déposaient avec succès des actions. Pour ces ODPC « actifs », le nombre annuel moyen d'actions validées par l'agence s'est établi à 12 pour les 24 CHU/CHR concernés (hors CHU de Bordeaux), et à 4,6 pour les 127 autres établissements. En outre, même si la proportion d'actions d'EPP et de GDR est pour ces ODPC nettement plus élevée que la moyenne, elle se limite à 24,6 % des actions pour les CHU-CHR, et à 8,7 % pour les autres établissements (en incluant les programmes intégrés), soit le dépôt moyen respectif d'environ 3 et 0,5 actions de ce type par établissement et par an. Même dans le cas du CHU de Bordeaux qui a mis en place une organisation spéciale (cf. encadré en section 1.3.4.5 de l'annexe 4), le fichier envoyé à la mission par la cellule d'appui méthodologique aux EPP et à la pertinence des soins indique que près d'une moitié des actions menées ne sont pas enregistrées auprès de l'agence.

[125] Il en va de même dans le secteur privé, la représentante d'un groupe privé ayant indiqué à la mission que suite au non-renouvellement d'enregistrement de nombre de ses établissements, « les programmes sont toujours présents, mais pas enregistrés ».

**Recommandation n°3** Créer un comité d'utilisateurs réunissant des représentants des ODPC donnant à l'agence l'occasion de présenter les évolutions des règles et des services en ligne qui leur sont destinés afin de faciliter leur compréhension, et permettant aux ODPC de signaler des obstacles et dysfonctionnements.

[126] La création de ce comité devrait faire l'objet d'une publicité ad hoc sur le site de l'agence ou via des mailings ; ceci permettrait de choisir ses membres sur la base des n premières manifestations d'intérêt, afin d'éviter toute rupture d'équité entre ODPC. Il conviendrait toutefois d'imposer des quotas pour les différents types d'ODPC commerciaux, associatifs, hospitaliers et médico-sociaux et les indépendants, fixés au prorata des nombres d'ODPC actifs de ces différentes catégories. Une fois un quota atteint, les candidatures des ODPC de la catégorie correspondante seraient déclarées closes.

[127] Par ailleurs, lorsque les actions sont publiées au catalogue de l'ANDPC, **l'information sur les actions suivies n'est pas toujours exploitée par la structure employeuse, et jamais retransmise, la validation restant du ressort des professionnels**. Dans tous les cas, ni les ODPC ni les employeurs n'adressent directement les attestations à l'ANDPC où à l'ordre professionnel, puisque c'est au professionnel qu'il appartient de transmettre ses attestations à son ordre. Il peut à cette fin ouvrir un DDT auprès de l'ANDPC où il les déposera en pouvant autoriser l'agence à les transmettre périodiquement à son ordre.

[128] Les organismes financeurs ne disposent pour leur part que d'une vision agrégée de leurs dépenses et des employeurs et salariés bénéficiaires, et non d'une connaissance des actions suivies à la maille individuelle. Le logiciel GESFORM de l'ANFH ouvert aux employeurs permet certes à ceux-ci de suivre les actions de DPC suivies par leurs salariés en fonction de leur type (formation continue, EPP, GDR), mais très peu d'établissements suivent précisément ces distinctions. En tout état de cause, l'information individuelle reste au niveau de l'établissement employeur et l'ANFH ne peut donc transmettre aucune donnée individuelle, ni à l'ANDPC, ni aux



ordres. Il en est de même à l'OPCO Santé qui ne dispose pas d'informations individuelles sur les actions suivies par les salariés.

## 2.3 Le dispositif de régulation de l'offre de formation piloté par l'agence peine à garantir la qualité des actions proposées aux professionnels

### 2.3.1 Le fonctionnement ouvert du marché du DPC oblige l'agence à instruire des volumes de demandes importants et à mettre en place plusieurs niveaux de contrôle administratifs

[129] Les organismes souhaitant proposer des actions s'inscrivant dans les orientations prioritaires du DPC (et uniquement celles-ci) doivent s'enregistrer auprès de l'ANDPC puis déposer les actions auprès de celle-ci. La conception du dossier d'enregistrement des ODPC est régie par l'arrêté du 14 septembre 2016, et son annexe I en application de l'article R. 4021-24 du code de la santé publique (CSP). Ce dossier d'enregistrement présente toutefois quelques redondances eu égard aux contenus exigés lors du dépôt ultérieur d'actions. Il inclut par exemple la demande des CV et déclarations d'intérêts des concepteurs d'actions, redemandés par la suite.

[130] Un article coécrit<sup>43</sup> par l'ANDPC et l'*Accreditation Council for Continuing Medical Education* (ACCME américaine) souligne qu'en matière de qualité, l'ANDPC a une double entrée par organisme et par action, là où la plupart des autres entités accréditrices ne choisissent que l'une des deux approches (approche « organisme » dans le cas états-unien). Ainsi, aux Etats-Unis l'approche est davantage basée sur la confiance, avec dès lors qu'un organisme est accrédité l'application d'un système « *trust and verify* », en pratique une vérification tous les 2, 4 ou 6 ans (selon la nature de l'accréditation). Les décisions d'accréditation sont basées sur un triptyque i) rapport d'auto-évaluation ii) revue d'activité ciblée iii) interview, avec un processus d'évaluation à plusieurs niveaux (comité 1, comité 2, *board*) afin de garantir la qualité des décisions (« *checks and balances* »).

[131] Force est de constater qu'en France même, les organismes de formation sont soumis à un schéma assez proche : ils ne doivent procéder qu'à une déclaration d'activité (qui n'est pas un agrément, mais dont la validité est limitée à un an en l'absence d'activité effective), en contrepartie de quoi ils doivent impérativement être certifiés Qualiopi pour être éligibles aux financements OPCO (cf. annexe 5), depuis la loi du 5 septembre 2018 pour la liberté de choisir son avenir professionnel. Or, le dispositif d'enregistrement des OPDC a été conçu alors que les organismes de formation n'étaient soumis qu'à une simple déclaration d'activité, sans que les critères d'enregistrement aient ultérieurement été modifiés. Le déploiement de Qualiopi depuis 2018 justifierait de le prendre en compte dans le processus d'enregistrement pour simplifier les démarches auprès de l'agence : ainsi, demander un plan de formation ne semble pas nécessaire dans le cas d'un organisme certifié Qualiopi.

---

<sup>43</sup> Vive la Différence : A Comparison of CPD Quality Assurance Systems in France and The United States, publié le 24/04/2022

**Recommandation n°4** Alléger le contrôle à l'enregistrement des organismes certifiés Qualiopi tout en maintenant l'évaluation des actions (contrairement au modèle en vigueur pour les organismes de formation, sauf exceptions).

[132] L'ODPC qui souhaite publier une action de DPC doit ensuite renseigner un certain nombre de rubriques incluant l'intitulé de l'action, un énoncé de ses objectifs et des éventuels prérequis, et un résumé de l'action destiné aux professionnels de santé. Sont également indiqués le type de l'action (FC, EPP, GDR ou programme intégré), son format (présentiel, distanciel, mixte...), et la méthode HAS de référence, les choix du format et de la méthode devant être justifiés au regard des objectifs poursuivis. L'ODPC doit aussi spécifier le public (professions ou spécialités et modes d'exercice concernés au vu du contenu) et l'orientation prioritaire de DPC de rattachement (il peut y avoir deux orientations de rattachement dans quelques cas très particuliers). Le recours à la sous-traitance ou le déploiement d'une action conçue par un autre ODPC doivent être expressément signalés.

[133] L'ODPC doit en outre fournir quelques documents :

- d'une part un « déroulé pédagogique », qui contrairement au résumé n'est pas destiné aux professionnels mais aux services de l'agence, et décrit les différentes phases de l'action de formation (en cas d'actions d'EPP ou de GDR, le document équivalent est dénommé « fiche de présentation ») ; il précise notamment les modalités d'évaluation.
- d'autre part les CV et déclarations d'intérêts des concepteurs, ainsi que ceux des intervenants s'ils sont déjà identifiés.

[134] La mission a étudié un échantillon de 45 rejets d'actions à l'étape du contrôle de conformité, et a constaté que **des sujets de non-conformité aux orientations prioritaires du DPC ont été soulevés dans les deux tiers des cas**. Or, certains rejets au titre des orientations prioritaires conduisent à aller sur des terrains qui dépassent un simple « contrôle de conformité ». Le rapport d'activité 2021 de l'agence justifie cela en relevant que « l'expertise des CSI contribue à déterminer une jurisprudence qui alimente en tant que de besoin le contrôle de conformité réalisé par les services de l'Agence avant publication des actions ». La mission tient toutefois à souligner que tout comme l'application d'une jurisprudence au sens habituel relève a priori de professionnels du droit, il est peu probable que l'application d'une jurisprudence scientifique et pédagogique puisse relever de personnels non spécifiquement recrutés à cette fin. La proportion significative d'avis défavorables de CSI associés à des éléments a priori déjà étudiés dans le cadre du contrôle de conformité (cf. *infra*) semble d'ailleurs en témoigner.

[135] Au vu des échantillonnages effectués par la mission, **le second motif de rejet d'une action au stade du contrôle de conformité concerne le respect des méthodes de la HAS**. Le rapport d'activité 2021 de l'agence conclut d'ailleurs sa rubrique relative aux « écueils » mis en évidence lors du contrôle de conformité en soulignant qu'« il est souvent fait le constat d'un déficit d'appropriation des méthodes d'EPP et de GDR par les organismes de DPC, celles-ci n'étant pas déployées conformément aux recommandations de la HAS ». Or, l'appréciation de la conformité des actions à certaines méthodes HAS peut s'avérer relever de débats de doctrine assez complexes qui semblent davantage relever des prérogatives scientifiques et pédagogiques des CSI, que d'un « contrôle de conformité ». La section 4.1 de l'annexe 3 rappelle en particulier la complexité des échanges étant intervenus autour de la méthode « vignette clinique », la HAS

étant saisie par la FSM, avant que l'ANDPC n'envoie un nouveau mailing aux ODPC, évoquant notamment « la jurisprudence des CSI ». Au-delà de cet exemple, l'échantillon de dossiers consultés a conduit la mission à noter que les équipes de l'agence se retrouvent dans la situation d'interroger des centres hospitaliers sur leur « règlement intérieur concernant les EPP »<sup>44</sup> ; or, si une telle interrogation n'est pas choquante en elle-même, elle semble davantage relever du positionnement des CSI, dans la mesure où elle procède d'un dialogue avec des professionnels spécialisés de structures généralement certifiées par la HAS.

[136] De fait, la composition du « pool » de professionnels de l'agence chargés du contrôle de conformité illustre l'ambiguïté de son rôle. L'agence a en effet jugé nécessaire que tous les agents du pool soient professionnels de santé, ce qui suggère un rôle dépassant l'application de règles administratives.

[137] Pourtant, de nombreux avis défavorables des CSI ont trait à l'incomplétude des dossiers ou à des points pouvant relever du contrôle de conformité. La mission constate en effet que sur la centaine de dossiers d'évaluations de CSI qu'elle a consultés, près d'une trentaine étaient jugés trop incomplets pour que la qualité scientifique et pédagogique des actions correspondantes puisse être évaluée. Le guide d'aide au dépôt des actions rédigé par l'agence indique d'ailleurs en tête des motifs d'avis défavorables rendus par les CSI une « nature des informations rendant impossible l'évaluation scientifique de l'action (déroulé insuffisant, support incomplet, bibliographie incomplète...) ».

[138] Cette proportion de dossiers trop incomplets pour évaluer la qualité scientifique et pédagogique des actions suggère des marges d'optimisation du processus de régulation. En effet, les avis échantillonnés par la mission pointent l'absence des supports pédagogiques et/ou de justification du choix de la méthode et du format et/ou des modalités d'évaluation et/ou d'une bibliographie et/ou des CV et déclarations d'intérêts des intervenants. Cette liste de lacunes comporte ainsi de nombreux éléments relevant du contrôle de conformité (« volet 1 » du dossier) en amont de la publication des actions (justificatif de la méthode et du format, modalités d'évaluation, voire CV et déclarations d'intérêts des intervenants). De telles lacunes sont d'autant plus étonnantes qu'un simple contrôle automatique pourrait suffire à leur détection. L'agence indique avoir introduit, à compter de 2023, un sursis à statuer pour les dossiers incomplets, suivi d'un avis défavorable quand l'ODPC ne répond pas dans un délai de 15 jours.

**Recommandation n°5** Préciser que le volet 2 doit être complété dès l'ouverture d'une première session. Automatiser le déclenchement de la procédure de sursis à statuer devant entrer en vigueur en 2023 en cas d'incomplétude du volet 2 des dossiers d'actions de DPC.

[139] Par ailleurs, l'importance du nombre de refus au titre des orientations prioritaires et des méthodes HAS, conduit à s'interroger sur le chaînage entre contrôle de conformité et évaluation par les CSI. La mission constate en effet qu'au sein de la centaine de dossiers d'évaluations de CSI qu'elle a consultés, dans un cas sur cinq l'avis négatif s'est fondé sur des enjeux de non-conformité des actions aux orientations prioritaires.

[140] La mission est conduite aux mêmes interrogations dans le cas de la vingtaine d'actions pour lesquelles c'est la conformité aux méthodes de la HAS qui s'est avérée mise en cause par les CSI ;

---

<sup>44</sup> Action n°20712100004

elle rappelle à cet égard que le document à destination des ODPC relatif aux « critères et procédures de prise en charge des actions » énonce, dans les divers objets du contrôle de conformité, la « bonne indexation aux orientations prioritaires et fiches de cadrage » ainsi que la « conformité du déploiement de la méthode » à celles « déployées par la HAS ». L'agence a, de plus, indiqué à la mission que plus de la moitié des membres de CSI lui ont « clairement dit ne pas connaître les méthodes d'EPP ».

[141] C'est plus généralement l'importance du taux global des avis défavorables rendus par les CSI qui interroge ; il donne en effet l'impression que le premier filtre de la régulation que constitue le contrôle de conformité ne pallie que bien imparfaitement l'absence d'exhaustivité de l'évaluation par les CSI et son caractère tardif, puisqu'il autorise la publication d'une majorité des actions finalement jugées défavorablement. Ainsi, dans le cas de l'année 2021 et en se limitant aux cas dans lesquels l'agence a suivi l'avis des CSI, on compte 644 premiers avis défavorables, pour 557 premiers avis favorables (éventuellement sous réserve ou avec recommandations), soit près de 54 % d'avis défavorables. Même si l'on prend en compte les 120 seconds avis qui se sont avérés favorables, ce n'est in fine qu'une très courte majorité d'actions qui ont été validées.

[142] En écho à ces différents éléments brouillant le schéma de chaînage entre contrôle de conformité et évaluation scientifique et pédagogique, la mission relève, parmi les propositions communiquées par une fédération d'ODPC qu'elle a rencontrée, l'organisation de réunions « afin de (...) travailler sur la clarification entre la frontière administrative (contrôle de volet 1) et le contrôle scientifique »<sup>45</sup>.

[143] L'agence a quant à elle fait observer à la mission que le contrôle de conformité est aujourd'hui dépourvu de base réglementaire (l'annexe II à l'arrêté du 14 septembre 2016 ne comporte d'ailleurs aucune distinction entre volets 1 et 2) et elle s'interroge par ailleurs sur l'expertise scientifique et pédagogique des membres de CSI, dont la nomination relèverait parfois davantage d'une logique de représentation que d'expertise ; elle considère à l'inverse que les membres du pool sont des experts de l'évaluation pédagogique – il est alors d'autant plus contre-intuitif qu'autant de rejets au titre du respect des méthodes HAS interviennent au stade des CSI, sauf à émettre l'hypothèse que les services et la direction de l'agence supervisent de manière étroite leurs analyses en la matière.

**Recommandation n°6** Doter le contrôle de conformité des actions d'une base réglementaire en précisant son périmètre d'intervention par rapport à celui des CSI. Modifier le mode de désignation des membres de CSI en conditionnant cette dernière à la détention d'une expertise scientifique et/ou pédagogique. Soumettre les propositions des CNP à l'avis du HCDPC, en lui donnant la faculté de puiser dans d'autres viviers de professionnels en cas d'absence de candidats répondant à ces conditions.

### 2.3.2 Le dispositif d'évaluation de la qualité des actions reposant sur des commissions scientifiques par professions est partiellement engorgé

[144] Le processus de régulation de la qualité scientifique et pédagogique par les CSI se heurte à des défis quantitatifs. **Le taux global d'évaluation des actions reste en effet inférieur à 10 % dans**

<sup>45</sup> Fédération *Connexion Santé*, document intitulé « réunion du 22 février 2023 ».

le contexte d'une forte baisse du nombre d'évaluations (-12 % en 2022, après -15 % en 2021 et -42 % en 2020). Le taux d'évaluation est, de plus, très hétérogène selon les commissions, comme l'illustre le tableau ci-après. Cette hétérogénéité reflète notamment un grand déséquilibre de la charge selon les CSI.

Tableau 9 : Nombre d'actions publiées et nombre d'actions évaluées, par CSI (2021)

CSI	nb actions publiées	nb actions évaluées	taux d'évaluation
biologistes	34	11	32,4%
chirurgiens-dentistes	191	120	62,8%
médecins	5083	267	5,3%
pharmaciens	609	97	15,9%
sage-femmes	156	116	74,4%
professions paramédicales	5114	370	7,2%
interprofessionnelle	5264	318	6,0%
<b>Total général</b>	<b>16451</b>	<b>1299</b>	<b>7,9%</b>

Source : ANDPC, calculs mission

Note de lecture : la CSI des physiciens médicaux n'apparaît pas dans le tableau car sa création est trop récente.

[145] Dans ce contexte, il n'est pas surprenant que des comportements d'optimisation soient apparus parmi les ODPC, avec des stratégies consistant à définir les populations cibles des actions de manière à les rattacher aux CSI les plus engorgées. De plus, les modalités d'échantillonnage actuelles, assez frustes, ne sont pas à même de faire contrepoids aux différentiels de capacité d'absorption (cf. section 4.2.2 de l'annexe 5).

[146] Cette situation plaide ainsi pour la création de nouvelles commissions, alors que les « sous-sections », déjà créées en miroir à l'organisation institutionnelle des professions de santé, ne sont en pratique pas réunies de façon ad hoc (servant juste de viviers pour identifier des binômes d'évaluation suffisamment spécialisés, binômes dont les avis ne s'imposent d'ailleurs pas aux CSI).

[147] En particulier, il apparaîtrait logique que la CSI des professions paramédicales, dont les 4 sous-sections ne sont à ce stade pas isolément mobilisées, soit éclatée en 4 CSI correspondant aux périmètres de ses sous-sections. Cette CSI regroupe en effet pas moins de 3 professions à ordre, 13 CNP, et 20 professions de santé au total. A l'inverse, il existe une CSI spécifique pour les biologistes – profession pourtant sans ordre spécifique – et une CSI spécifique vient d'être créée pour les physiciens médicaux, ce qui interpelle compte tenu d'un nombre d'actions déposées qui semble ne pas pouvoir alimenter le fonctionnement normal d'une CSI (7 actions déposées en 2022 selon les applicatifs de l'agence, consultés fin mars 2023) ; cette décision interroge plus largement sur les critères retenus pour la structuration des CSI.

[148] Dans le cas de la CSI des médecins, le CNOM a attiré l'attention de la mission sur la réduction par l'ANDPC du nombre d'actions évaluées. Il serait, de fait, envisageable d'éclater la CSI des médecins selon le schéma de ses deux sous-sections actuelles (spécialistes en médecine générale, autres spécialistes) voire au-delà (groupements pertinents de spécialités).

[149] Enfin, la CSI interprofessionnelle pourrait aussi être répartie entre plusieurs sous-sections, quitte à ne pas nécessairement les spécialiser (selon un schéma organisationnel retenu dans de nombreuses institutions, par exemple les sous-sections du contentieux au Conseil d'Etat).

[150] Les moyens qui seraient nécessaires à la création de nouvelles CSI semblent financièrement modestes face à la forte proportion d'actions financées sur fonds publics qui s'avèrent jugées défavorablement lorsqu'elles sont échantillonnées. En effet, au vu du faible taux d'échantillonnage actuel, il y a tout lieu de penser que nombre d'actions actuellement financées ne satisfont pas aux exigences de qualité définies par les pouvoirs publics et par les experts siégeant au sein des instances de l'agence. Lors de leur échange avec la mission, les membres de CSI ont attiré l'attention sur l'ampleur des pertes budgétaires correspondantes, évaluées à 70 M€, ordre de grandeur que la mission retrouve à partir des fichiers de l'agence<sup>46</sup>. Ils ont mis ce montant en regard du coût bien moindre des moyens supplémentaires qui seraient nécessaires pour évaluer l'ensemble des actions, à savoir l'augmentation du nombre d'intervenants, dans le cadre d'un nombre de CSI lui-même accru. De fait, les budgets de l'agence indiquent qu'en 2018 et 2019 (années de grande activité des CSI et de moindres économies du fait de l'absence de réunions en visioconférence) les charges nettes (de reprises sur provisions) au titre des CSI n'étaient que de l'ordre de 550 K€.

**Recommandation n°7** Créer au moins 5 nouvelles CSI (dont 4 par autonomisation de sous-commissions actuelles<sup>47</sup>), de façon à augmenter sensiblement le taux d'évaluation des actions publiées, et calibrer le budget de l'agence en conséquence.

[151] Le calcul des moyens supplémentaires ne devrait pas se fonder sur les niveaux de productivité constatés après 2020, qui ont connu un fort recul.

[152] Mais au-delà du taux d'évaluation des actions par les CSI, **ce sont aussi les délais de notification qui interrogent, alors que ceux au titre de l'année de DPC 2021 ont atteint en moyenne 213 jours, soit 7 mois et même 272 jours soit 9 mois, et un 3<sup>e</sup> quartile à 378 jours soit plus d'un an pour les actions évaluées défavorablement**, ce qui signifie qu'une action évaluée défavorablement va rester ouverte aux inscriptions pendant 9 mois en moyenne après avoir déjà pu l'être pendant toute la période précédant son évaluation<sup>48</sup>. L'échantillonnage, par la mission, des 26 avis défavorables présentant les plus forts retards de notification (plus de 441 jours) a par

---

<sup>46</sup> En effet, il est possible d'évaluer les coûts associés à la non-qualité scientifique et pédagogique à partir du coût engagé au titre des actions qui ont été évaluées défavorablement par les CSI. Le coût de ces dernières peut être encadré en multipliant le coût unitaire de ces actions par le nombre d'inscrits (on trouve alors un majorant du coût) ou le nombre de professionnels déjà pris en charge (on trouve un minorant). Les deux montants correspondants s'élèvent à 7,7 et 4,6 M€, esquissant une valeur médiane autour de 6 M€, cohérente avec des coûts totaux de la non-qualité de l'ordre de 75 M€ si l'on considère un taux de passage en CSI de l'ordre de 8 % (en cohérence avec le tableau 9 *supra*).

<sup>47</sup> Selon des délimitations pouvant néanmoins être un peu revisitées ; ce nombre n'étant par ailleurs qu'un minimum.

<sup>48</sup> De plus, ces différentes valeurs, et plus particulièrement les troisièmes quartiles, restent sous-évaluées car la mission a tronqué à la date du 30/11/2022 la mesure du délai de notification des actions non encore notifiées : il s'agit en effet de la date à laquelle avaient été figées les données communiquées par l'agence courant décembre.

exemple conduit à identifier une action ayant bénéficié en 2021 à plusieurs centaines de professionnels (725 inscrits et 397 prises en charge selon les fichiers transmis par l'agence)<sup>49</sup>.

**Recommandation n°8** Renforcer le ciblage de la sélection des actions évaluées en CSI, notamment en prenant en compte, pour celles ouvertes aux professionnels financés par l'agence, l'ouverture de sessions et le nombre d'inscrits, qui permettent d'en approximer à la fois l'impact sur les pratiques professionnels et les finances publiques.

[153] Or, ces délais ne sont pas imputables – ou pas uniquement – à l'engorgement de certaines CSI qui entraverait leurs échanges avec les services de l'agence : en effet les délais sont par exemple supérieurs à la moyenne pour la CSI des pharmaciens. Ils sont à l'inverse inférieurs à la moyenne pour la CSI des professions paramédicales, à laquelle incombent pourtant 8 fois plus d'actions (cf. tableau 9 *supra*). La directrice générale de l'agence a d'ailleurs indiqué à la récente assemblée générale du 24 novembre 2022, qu' « un chargé de mission CSI est à recruter en 2023. (...) En effet, les 3 chargés de mission CSI actuellement en poste ne parviennent pas à traiter tous les dossiers. En conséquence, la notification prend actuellement plusieurs semaines ce qui entraîne la prise en charge d'actions évaluées défavorablement pendant ce laps de temps ».

**Recommandation n°9** Au-delà d'un délai maximal qui pourrait être fixé à deux mois après la tenue de la CSI compétente, documenter dans le système d'information de l'agence les raisons de toute absence de notification, en particulier lorsque l'avis de la CSI est défavorable.

### 2.3.3 Ces contrôles et évaluations pèsent de manière disproportionnée sur la capacité des ES et ESMS à faire valider les actions qu'ils organisent pour leurs salariés

[154] La mission a essayé d'objectiver d'éventuels différentiels entre types d'ODPC dans la propension à cesser tout dépôt d'actions auprès de l'agence. En faisant le point sur l'activité en 2021 des ODPC enregistrés en 2018, elle a alors constaté près de 18 % d'entre eux n'ont jamais déposé d'actions, et que cette proportion s'avère plus forte pour les établissements sanitaires et médico-sociaux.

[155] La mission a aussi distingué, au sein des ODPC ayant cessé de déposer des actions, les ODPC « découragés », c'est-à-dire ayant déposé des actions mais n'en déposant plus. La dichotomie entre ODPC commerciaux et non-commerciaux s'avère alors marquée, avec moins d'un quart d'ODPC « découragés » parmi les ODPC commerciaux, mais une proportion de « découragés » qui dépasse 50 % parmi les établissements sociaux et médico-sociaux (qui sont pourtant tous, à un moment, parvenus à publier des actions – et donc à transformer l'essai - contrairement aux ODPC commerciaux).

[156] **Ces résultats semblent valider la thèse selon laquelle les procédures administratives, quel que soit leur bien-fondé, ont davantage découragé les ODPC « employeurs » et les ODPC associatifs que les ODPC commerciaux, catégorie à laquelle appartiennent pourtant les**

---

<sup>49</sup> Il n'est au demeurant possible d'avoir qu'une vision très partielle du nombre de professionnels suivant des actions récusées par les CSI mais encore en vigueur faute de notification de l'avis défavorable, puisque les ODPC n'ont pas à déclarer à l'agence les sessions destinées aux salariés non pris en charge.



organismes aux comportements les plus « prédateurs », faisant l'objet de signalements à l'agence par d'autres ODPC ou par des professionnels de santé.

[157] Il paraît difficile de ne pas faire de lien entre ces abandons de dépôt d'actions par les ES et ESMS et les taux de rejets plus élevés constatés sur les actions d'EPP et de GDR, qui s'avèrent beaucoup plus présentes en moyenne dans leur offre que dans celle des autres ODPC.

[158] Pour autant, la mission ne nie pas que l'agence fait face à de complexes enjeux de lutte contre les dérives commerciales dans le cadre de l'actuel système de guichet. Mais de multiples stratégies de contournement semblent difficiles à endiguer par le seul jeu des procédures administratives : re-dépôt en nombre d'actions déjà défavorablement évaluées par les CSI dans l'espoir qu'elles ne soient pas échantillonnées, création d'un nouvel ODPC en lieu et place d'un organisme ciblé par l'agence suite à des signalements ou à ses propres travaux d'analyse et de contrôle, voire démarchages commerciaux abusifs avec éventuelle usurpation d'identité de l'agence...

[159] Pour la mission, surmonter ces défis suppose d'accorder toute l'attention nécessaire aux futures alertes de l'agence en matière de leviers de contrôle et de sanction, et de veiller à la qualité et à la rapidité de la coopération des diverses instances judiciaires concernées. En effet, toute complexification des procédures administratives semble aujourd'hui à proscrire, au vu des enjeux de gestion pour l'agence, mais aussi parce que les principales victimes en seraient les organismes de bonne foi.

### **3 La mise en place de la certification périodique des professions à ordre va conduire à élargir le périmètre du DPC par le biais des parcours et pourrait réduire le rôle de l'agence**

#### **3.1 La mise en œuvre de la certification périodique va nécessiter une adaptation des conditions de validation du DPC**

##### **3.1.1 Nouvelle obligation assortie de sanctions disciplinaires, mise en œuvre dans un cadre différent du DPC et avec une organisation distincte, la certification périodique va devenir la priorité des professionnels et des ordres**

[160] Une ordonnance du 19 juillet 2021<sup>50</sup> a introduit une nouvelle obligation pour les professionnels de santé relevant d'un ordre<sup>51</sup>, la certification périodique, imposant à chaque

---

<sup>50</sup> Ordonnance n° 2021-961 du 19 juillet 2021 relative à la certification périodique de certains professionnels de santé.

<sup>51</sup> Médecins, chirurgiens-dentistes, sage femmes, pharmaciens, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes et pédicures-podologues.



professionnel de réaliser, au cours d'une période de 6 ans (9 ans pour ceux étant déjà en exercice au 1er janvier 2023) un programme minimal d'actions visant à actualiser leurs connaissances et leurs compétences (actions dites du « bloc » 1), renforcer la qualité de leurs pratiques professionnelles (blocs 2), améliorer la relation avec leurs patients (bloc 3) et mieux prendre en compte leur santé personnelle (bloc 4). La loi prévoit que « *le fait pour un professionnel de santé mentionné à l'article L. 4022-3 de ne pas satisfaire à cette obligation constitue une faute susceptible d'entraîner une sanction disciplinaire prévue à la quatrième partie du présent code* »<sup>52</sup>. Ainsi, alors que le non-respect de l'obligation de DPC n'entraîne pas de conséquence pratique immédiate pour un professionnel<sup>53</sup>, le fait de ne pas satisfaire à l'obligation de certification périodique pourrait se traduire par une sanction pouvant aller en théorie jusqu'à l'interdiction temporaire ou définitive d'exercer. Il s'agit d'une incitation puissante à remplir cette obligation, sans équivalent pour le DPC.

[161] Cette nouvelle obligation ne se substitue pas à l'obligation de développement professionnel continu mais la loi prévoit 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* »<sup>54</sup>. L'articulation entre la certification périodique et le DPC représente donc une question cruciale d'autant plus que les objectifs des deux dispositifs se recoupent. Plus précisément, le bloc 1 de la certification (actualisation des connaissances et compétences) correspond au premier objectif du DPC (le maintien et l'actualisation des connaissances et des compétences) et le bloc 2 (renforcement de la qualité des pratiques professionnelles) au second objectif du DPC (l'amélioration des pratiques) décliné par des actions d'analyse, évaluation et amélioration des pratiques professionnelles et gestion des risques.

[162] Mais la mise en œuvre de ces deux obligations repose sur des dispositifs de pilotage distincts puisque c'est une instance nouvelle, le Conseil national de la certification périodique (CNCP)<sup>55</sup> qui est chargée d'élaborer les « orientations scientifiques de la certification périodique ». Dans un avis du 9 mars 2023, le CNCP a défini ces orientations comme des objectifs et des critères de qualité que devront remplir les référentiels et les actions de certification : élaboration collégiale des référentiels pour les adapter à la diversité des modes d'exercice, des surspécialités et spécificités des professionnels ; développement d'une culture de la qualité et de la sécurité des pratiques et application de la méthodologie de la HAS pour garantir la qualité, la pertinence et la performance des actions ; adaptation de l'exercice professionnel à l'usage du numérique et à la gestion des crises ; facilitation du partage d'expériences interprofessionnelles et de bonnes pratiques pour

---

<sup>52</sup> Article L. 4022-9 (I) du code de la santé publique.

<sup>53</sup> Il est toutefois possible que la responsabilité d'un professionnel puisse être engagée en cas d'incident ou de faute s'il n'a pas respecté son obligation.

<sup>54</sup> Article L. 4022-2 (II) du code de la santé publique.

<sup>55</sup> Le CNCP est composé d'une instance collégiale et de commissions professionnelles. L'instance collégiale comprend les représentants des ordres, les présidents des commissions professionnelles (elles-mêmes composées des représentants des CNP des professions, spécialités et structures fédératives concernées), des représentants des associations de patients agréées, des universités et instituts de formation, des organisations syndicales de professionnels des fédérations d'établissements de santé et trois personnalités qualifiées dont le président (décret du 11 mai 2022 relatif à la composition et au fonctionnement du conseil national de la certification périodique, arrêté du 10 décembre 2021 portant désignation du président du conseil national de la certification périodique, arrêté du 12 septembre 2022 désignant les membres de l'instance collégiale, modifié par arrêté du 10 décembre 2022).

améliorer le parcours de santé ; promotion de la santé environnementale et sociétale et de l'écoresponsabilité. De même le CNCP entend veiller à l'indépendance de tout lien d'intérêts dans la construction des actions. Ces orientations ne comportent pas de priorités thématiques, ce qui constitue une différence notable par rapport au DPC.

[163] Dans ce cadre, ce sont les CNP qui proposeront au ministre chargé de la santé des « référentiels de certification » par profession ou spécialité définissant les types d'actions éligibles, élaborés selon une méthode proposée par le collège de la HAS le 13 juillet 2022 et validée par arrêté ministériel le 20 décembre 2022 (avec une modification par arrêté du 9 février 2023). Des décrets, non encore publiés alors que la date d'application de la certification périodique est le 1<sup>er</sup> janvier 2023, doivent venir préciser les conditions d'exonération totale ou partielle de l'obligation des professionnels n'exerçant pas directement leur activité auprès des patients, le contenu minimal de l'obligation et les règles de prise en compte des actions ainsi que les conditions de gestion des comptes individuels des professionnels et les modalités de financement du dispositif.

[164] Pour tous les professionnels de santé rencontrés par la mission comme pour leurs ordres, la proximité des objectifs des deux dispositifs ne justifie le maintien de deux obligations distinctes qu'à la condition qu'elles soient très étroitement articulées, c'est-à-dire que le respect d'une obligation entraîne de manière quasi-automatique le respect de l'autre. Plus précisément, la majorité des interlocuteurs de la mission estime que la similitude des objectifs conduit, schématiquement, à considérer que le DPC couvre les blocs 1 et 2 de la certification périodique. En conséquence, ils considèrent que la validation du DPC devrait valoir validation de ces blocs (au moins pour une période de 3 ans) et, inversement, que l'obtention de la certification périodique devrait garantir le respect de l'obligation de DPC. De plus, la possibilité d'appliquer une sanction disciplinaire dans le seul cas du non-respect des conditions de la certification périodique les amènera à prioriser leur contrôle sur cette obligation, qui est la seule qui semble pleinement assumée par le législateur.

### 3.1.2 Garantir la compatibilité des deux obligations implique de valoriser au maximum l'existant en élargissant considérablement le périmètre des actions éligibles au DPC

[165] L'objectif de permettre au maximum de professionnels de remplir cette nouvelle obligation sans générer un besoin de financement supplémentaire difficile à satisfaire devrait conduire, au regard de la faible proportion des professionnels ayant satisfait à leur obligation de DPC<sup>56</sup>, à un élargissement de la définition des actions éligibles. Le rapport de l'IGAS consacré au financement de la certification périodique<sup>57</sup> estime ainsi les « *surcoûts potentiels de l'ordre de 1,5 à 5,4 milliards d'€ sur 6 ans, soit 250 millions à 900 millions d'euros par an* » mais aussi que « *la valorisation d'actions existantes (qualité, gestion des risques...), à hauteur de 1,4 à 2,8 Mds € en 6 ans (233 à 466*

---

<sup>56</sup> Selon les chiffres clés de l'ANDPC au 31 décembre 2022, sur la période triennale 2020-2022, 271 958 professionnels avaient suivi au moins une action de DPC mais seulement 103 994, soit 23,3 % de la population éligible au financement de l'agence, avaient suivi au moins deux actions de types différents, condition de validation de l'obligation.

<sup>57</sup> « Dispositif de certification périodique créé par l'Ordonnance n°2021-961 du 19 juillet 2021 : état des lieux financier », Anne Bruant-Bisson, D. de Wilde, IGAS, juillet 2022.

millions par an), permet de réduire significativement ce surcoût, voire potentiellement, et sous réserve d'un suivi et pilotage efficace, de l'absorber entièrement ». Il recommande en conséquence 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 ».

[166] Les premières réflexions formalisées par certains CNP (notamment les conseils réunis au sein de la Fédération des spécialités médicales (FSM) et le collège de médecine générale (CMG)), comme les orientations de méthode proposées par la HAS et les projets de textes en cours d'élaboration par le ministère de la santé s'inscrivent dans cette approche large du périmètre des actions éligibles à la certification, allant pour les blocs 1 et 2 bien au-delà du champ des actions de DPC s'inscrivant dans les orientations prioritaires et figurant au catalogue de l'ANDPC.

[167] Les « critères généraux de sélection des attendus » définis par la proposition de méthode de la HAS<sup>58</sup> englobent ainsi les priorités des orientations nationales du DPC et les propositions des parcours de DPC mais dessinent un périmètre plus large incluant les actions répondant aux obligations réglementaires des différentes professions, aux exigences des référentiels des métiers et compétences ou aux obligations déontologiques.

[168] Un document élaboré conjointement par la FSM et le CMG intitulé « essai de critères d'éligibilité des actions proposées par les CNP pour le référentiel de spécialité en vue de la certification des médecins » communiqué à la mission, adopte de même une vision très large du périmètre des actions éligibles dans lequel chaque CNP pourrait choisir celles qu'il retient, dépassant très largement, pour les blocs 1 et 2, celui des actions de DPC.

Tableau 10 : Typologie des actions éligibles à la certification définie par la FSM et le CMG

Bloc 1	Bloc 2
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Actions de formation au titre du DPC publiées par l'ANDPC</li> <li>2. Actions de formation, à caractère scientifique ou professionnel, dispensées par des organismes de formation labellisés Qualiopi</li> <li>3. Actions de formation à caractère scientifique ou professionnel, dispensées par des structures figurant sur la liste publique des organismes de formation (L. 6351-7-1 du code du travail)</li> <li>4. Formations diplômantes ou certifiantes organisées par les</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Actions permettant de valider le bloc si elles sont poursuivies pendant la période de 6 ans :                     <ul style="list-style-type: none"> <li>-complétion d'une démarche d'accréditation pour les professionnels de santé concernés (spécialités médicales à risque)</li> <li>-participation régulière à un registre de pratiques</li> </ul> </li> <li>2. Actions d'analyse de pratiques et de gestion des risques ou programmes intégrés au titre du DPC publiées par l'ANDPC</li> <li>3. Actions d'analyse de pratiques et de</li> </ol>

<sup>58</sup> Partie 3.1.6. du document « proposition de méthode d'élaboration des référentiels de certification périodique des professions de santé à ordre » validé par le collège de la HAS le 13 juillet 2022.

<p>universités</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>5. Activités d’enseignement délivrées dans le cadre d’une université</li> <li>6. Activités de recherche effectuées dans le cadre d’une unité de recherche labellisée par un EPST, d’une université, d’un appel d’offre international</li> <li>7. Maitrise de stage universitaire</li> <li>8. Travaux d’expertise se déroulant dans un cadre de traçabilité, de rigueur et d’indépendance (sociétés savantes, CNP, universités et instituts de formation des professionnels de santé, CHU, instituts de recherche, HAS, ANSM, autres agences intervenant dans le domaine de la santé, agences européennes)</li> <li>9. Publications ou revues de lecture ou commentaires d’articles dans des revues référencées à comité de lecture indépendant (minimum d’un article par an écrit ou revu)</li> <li>10. Participation effective au comité éditorial de revues scientifiques</li> <li>11. Abonnement à une revue médicale avec test de lecture effectué et réussi</li> </ol>	<p>gestion des risques ou programmes intégrés dispensées par des organismes de formation labellisés Qualiopi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4. Actions d’analyse de pratiques et de gestion des risques dispensées par des structures figurant sur la liste publique des organismes de formation (L. 6351-7-1 du code du travail)</li> <li>5. Actions d’amélioration des pratiques organisées au sein des établissements de santé (RMM, RCP, etc.)</li> <li>6. Maitrise de stage universitaire</li> <li>7. Actions d’amélioration des pratiques organisées par les professions (CNP, Ordres, syndicats), le ministère ou des agences</li> </ol>
---	---

Source : FSM

[169] Le projet de décret en cours d’élaboration sur le contenu de la certification périodique adopte également cette conception large des actions éligibles en prévoyant d’inclure, à côté des actions effectuées au titre de l’obligation du DPC, des actions de formation continue, des actions en situation de travail, les actions de formation diplômantes, les actions menées dans le cadre de démarches collectives sur un territoire (telles que les protocoles de coopération), les actions développant des compétences transversales aux quatre axes pour améliorer les parcours de santé, 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 Cette situation risque de marginaliser l'ANDPC mais pourrait aussi être l'occasion de renforcer et d'étendre sa mission de régulation de la qualité de l'offre

### 3.2.1 Les CNP des professions à ordre s'engagent dans l'élaboration de parcours échappant à la supervision de l'agence voire au standard des méthodes HAS, certains allant jusqu'à préconiser la suppression de l'obligation de DPC

[170] En vertu de l'article R. 4021-4 (II) du CSP, les professionnels de santé peuvent s'acquitter de leur obligation de DPC en s'engageant dans un parcours de DPC proposé par leur CNP<sup>59</sup>. Dans l'objectif d'assurer une équivalence entre le DPC et la certification, les CNP de la FSM, le CMG et le CNP de pharmacie ont d'ores et déjà élaboré de tels parcours de DPC dont le contenu est identique à celui envisagé pour les blocs 1 et 2 de la certification, et dont le périmètre est donc beaucoup plus large que celui des actions de DPC inscrites au catalogue de l'ANDPC. Une des missions des CNP est en effet de proposer « *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* »<sup>60</sup>; il « *décrit l'enchaînement des actions de formation continue, d'analyse, d'évaluation et d'amélioration des pratiques et de gestion des risques estimé nécessaire par la profession pour le maintien, l'actualisation des connaissances et des compétences et l'amélioration des pratiques* »<sup>61</sup>.

[171] Les parcours ainsi élaborés se présentent comme des grilles (cf. annexe 4) définissant :

- la nature des actions éligibles au titre de chaque type : actions cognitives (formation continue), actions d'analyse des pratiques, gestion des risques (souvent incluse dans l'analyse des pratiques), programmes intégrés, actions libres ;
- et les conditions de leur validation (nombre d'actions à suivre, méthodologie à appliquer), le plus souvent sans indiquer le contenu thématique ni la discipline concernée.

[172] Ils intègrent dans la nature des actions éligibles au titre de chaque type, les actions proposées par des ODPC relevant des orientations prioritaires, donc susceptibles de figurer dans le catalogue de l'agence. Mais les CNP ne posent pas tous les mêmes conditions pour la validation du parcours en termes de nombre d'actions à réaliser et de types différents d'actions à suivre. En

---

<sup>59</sup> II-Pour satisfaire à son obligation de développement professionnel continu, le professionnel de santé :

1° Ou bien se conforme à la recommandation mentionnée au I [ie : le parcours de DPC] ;

2° Ou bien justifie au cours d'une période de trois ans :

a) Soit de son engagement dans une démarche d'accréditation ;

b) Soit 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 prévues à l'article L. 4021-2.

Il peut faire valoir les formations organisées par l'université qu'il aura suivies.

<sup>60</sup> Article L. 4021-3 du CSP.

<sup>61</sup> Article R. 4021-4 (I) du CSP.

ce qui concerne les actions s’inscrivant dans les orientations prioritaires, la plupart des CNP s’en tiennent à une action sur la durée du parcours, quelques-uns vont au-delà (jusqu’à 3 pour le CNP des pathologistes et le CNP de chirurgie viscérale et digestive), mais certains, dont le CMG, n’imposent pas cette condition, ce qui contrevient alors à la condition fixée par l’article L. 4021-3 du CSP. En outre, la majorité des CNP de la FSM ainsi que le CMG prévoient de valider l’action non seulement pour les médecins qui la suivent mais aussi pour ceux « *impliqués dans la préparation, ou orateurs, lors d’une session organisée par l’ODPC* ».

[173] Pour les CNP, le parcours de DPC proposé peut donc inclure des actions ne rentrant pas dans les orientations prioritaires, donc non publiées ni financées par l’ANDPC. Peuvent ainsi être retenues, sous réserve de conformité aux méthodes de la HAS lorsqu’elles existent ou, à défaut, de labellisation par le CNP :

- Actions de formation : participation à des congrès ou à des journées de formation par une association ; formations universitaires qualifiantes (DU, DIU), formations en ligne, activités d’enseignement universitaire, interventions institutionnelles, réunions de revues bibliographiques ;
- EPP : toute action d’EPP appliquant les méthodes HAS, participation régulière à des séances d’éducation thérapeutique, activités de recherche (participation à des études cliniques ou épidémiologiques, publications, communication à des congrès), missions d’expertise, participation à des travaux de recommandations ;
- GDR : participation à des comités de retours d’expérience, déclaration et gestion d’évènements porteurs de risques, participation à un réseau de vigilance ;
- Formation-EPP : exercice coordonné et protocolé d’une équipe pluriprofessionnelle, activités d’encadrement de stages, tutorat, tests de concordance des scripts, vignettes cliniques ;
- EPP-GDR : Participation ou élaboration de registres, participation à des revues de morbi-mortalité, suivi d’indicateurs de qualité-sécurité des soins ;
- Programmes intégrés : tests de concordance des scripts, simulation en santé, vignettes cliniques ;
- Tout autre « action libre » sous réserve de validation par le CNP.

[174] Cette conception large du parcours de DPC vise en particulier à y intégrer de nombreuses activités réalisées par les professionnels dans le cadre de leur exercice et concourant aux objectifs de maintien et d’actualisation des connaissances ainsi que d’évaluation et d’amélioration des pratiques, sans nécessiter de financements supplémentaires. Beaucoup de ces activités ne figurent pas aujourd’hui au catalogue de l’ANDPC, soit parce qu’elles n’entrent pas dans les orientations prioritaires du DPC, soit parce que les structures qui les organisent ne sont pas enregistrées comme organismes de DPC ou ne souhaitent pas (ou plus<sup>62</sup>) déposer d’actions. C’est le cas par exemple des actions d’EPP-GDR organisées par les services cliniques des établissements de santé, qui donnent rarement lieu à dépôt d’actions notamment du fait du caractère

---

<sup>62</sup> Cf. section 1.3.4 de l’annexe 5.

potentiellement chronophage de la démarche (cf. *supra* 2.2.2) : réunions de concertations pluridisciplinaires, revues de pertinence des soins, staffs d'équipes médico-soignantes, groupes d'analyse des pratiques, revues de morbi-mortalité, suivi des indicateurs de qualité-sécurité des soins, comités de retours d'expérience, déclaration et gestion d'évènements porteurs de risques, participation à un réseau de vigilance ou autres actions mettant en œuvre les méthodes HAS (vignettes cliniques, chemin clinique, audit clinique, patients traceurs, etc.)

[175] Ce choix d'élargir le champ des actions prises en compte pour l'obligation de DPC apparaît cohérent avec la conception des référentiels de certification sous réserve de la conformité aux recommandations méthodologiques de la HAS et aux orientations scientifiques du CNC<sup>63</sup>. En conséquence, il ne devrait pas y avoir d'écarts entre la validation du parcours (ou plus précisément de deux parcours successifs) et la validation des blocs 1 et 2 de la certification, ni de risque de respecter une obligation sans respecter l'autre, à la condition toutefois pour le professionnel de réaliser en sus du parcours de DPC les actions correspondant aux blocs 3 et 4 de la certification.

[176] La FSM a indiqué à la mission qu'elle souhaitait aller au-delà de cette démarche avec une suppression de l'obligation de DPC pour les professions à ordre. Elle n'a pas toutefois précisé si la condition d'un nombre minimal d'actions de DPC s'inscrivant dans les actions prioritaires, retenue par la plupart des parcours de DPC et, en miroir, dans les référentiels de certification, serait en ce cas maintenue, mais le souci de conserver le financement de ces actions par l'ANDPC devrait peser sur le choix des CNP.

[177] Pour les autres CNP des professions à ordre rencontrés par la mission (masseurs kinésithérapeutes, infirmiers, infirmiers-puériculteurs, sage femmes, pédicures-podologues), c'est l'élaboration du référentiel de certification qui va constituer l'occasion de définir le parcours de DPC qui s'y intégrera. L'impulsion donnée par le CNC<sup>63</sup> à l'élaboration du dispositif de certification conduit en effet les CNP, qui disposent de moyens financiers limités, et dont les travaux reposent sur l'engagement de leurs membres bénévoles, à donner la priorité à la construction du référentiel, dont le parcours de DPC constituera ainsi un sous-ensemble.

### 3.2.2 Mais la nécessité d'une évaluation externe de la qualité des actions pourrait aussi justifier une extension des missions des CSI et de l'agence

[178] La volonté d'intégrer dans les parcours de DPC et dans les blocs 1 et 2 de la certification le maximum d'actions suivies aujourd'hui par les professionnels a conduit les CNP qui se sont engagés dans ce travail à construire des parcours types se limitant à une définition de la typologie des actions éligibles et des conditions de leur éligibilité, principalement l'application des méthodes retenues par la HAS, ou la délivrance d'un label par eux-mêmes.

[179] Toutefois, pour les actions ne figurant pas dans le catalogue de l'agence, il n'est pas prévu de procédure permettant de garantir la conformité d'une action à la typologie et aux conditions fixées préalablement à l'engagement du professionnel dans la démarche, à l'exception des « actions libres » (cf. section précédente) qui doivent faire l'objet d'une validation formelle par le

---

<sup>63</sup> Pour le Président du CNC<sup>63</sup>, ce sont les commissions professionnelles, constituées de représentants des CNP, qui sont chargées de vérifier le respect des orientations scientifiques (conçues comme des critères de qualité) par les référentiels.



CNP, *a priori ou a posteriori*. Ce n'est donc qu'au moment de la production des attestations de suivi d'actions par le professionnel que le CNP jugera de leur conformité au parcours avant de délivrer son attestation de réalisation de celui-ci. Mais les documents descriptifs des parcours ne précisent pas les éléments d'information qui devront être fournis par le professionnel pour permettre au CNP d'effectuer cette vérification. Par ailleurs un tel processus aval risque de mettre en difficulté des professionnels de santé eu égard à leur obligation de certification dont le non-respect est sanctionnable. Le même constat peut être fait sur les actions devant s'inscrire dans les référentiels de certification périodique : s'il est prévu que les commissions professionnelles sont chargées de vérifier le respect des orientations scientifiques par les référentiels élaborés par les CNP, il n'est pas prévu de procédure de vérification de la conformité des actions à ces référentiels et donc aux orientations scientifiques de la certification. Or ces actions devraient être extrêmement nombreuses du fait du périmètre très large desdits référentiels.

[180] De même, les CNP n'ont pas mis en place de dispositif d'évaluation de la qualité comparable à celui réalisé par les CSI de l'ANDPC, à l'exception du CMG qui a indiqué à la mission procéder à l'évaluation d'actions, sélectionnées par tirage au sort, tout en précisant que la montée en charge de cette politique d'évaluation nécessiterait des ressources financières supplémentaires<sup>64</sup> pour recruter des chargés de mission dédiés à cette activité, dont la professionnalisation nécessite l'atteinte d'un seuil critique de volumétrie. En outre, si les règles posées par les CNP insistent sur les exigences d'indépendance des structures dispensant les actions, par rapport aux entreprises proposant des services ou des produits aux professionnels mais pas par rapport aux organisations professionnelles, les procédures de vérification de ces exigences ne sont pas précisées. De fait, l'exercice des missions des CNP repose largement sur le bénévolat de leurs membres<sup>65</sup>. Il est donc peu probable que les CNP puissent développer un dispositif d'évaluation à l'image de celui mis en place par l'ANDPC, la simple délivrance des attestations individuelles de parcours risquant de mobiliser l'essentiel des ressources.

[181] Seules les actions de DPC s'inscrivant dans les actions prioritaires font aujourd'hui l'objet d'un contrôle administratif d'éligibilité effectué par l'ANDPC et d'une évaluation de leur qualité scientifique et pédagogique par les CSI avec l'appui de l'ANDPC. Plutôt que de créer une nouvelle structure d'évaluation venant en appui des CNP et du CNCP, il pourrait être envisagé d'étendre les missions de l'ANDPC et des CSI au-delà du champ des actions de DPC s'inscrivant dans les actions prioritaires, l'objet de cette évaluation étant limité à la vérification de l'absence de conflits d'intérêt et à la bonne application des méthodes préconisées par la HAS.

[182] **Par ailleurs, la question du suivi des actions réalisées par les professionnels dans le cadre des parcours de DPC hors actions du catalogue de l'ANPC ou de la certification périodique n'est pas résolue**, alors que l'ANS, chargée par la DGOS de piloter le projet de SI de la certification, commence tout juste ses travaux (cf. annexe 6). Le CMG et la FSM ont certes développé leurs propres plateformes de services en ligne destinées à permettre un suivi individuel des parcours de leurs professionnels (archimede.fr pour le CMG, parcourspro.online pour la FSM), et à faciliter

---

<sup>64</sup> Le CMG bénéficie actuellement d'une dotation du FAC de 400 000 € par an. Il estime que, pour étendre cette démarche d'évaluation, il aurait besoin de porter ses ressources à 1 M€ par an.

<sup>65</sup> Les dotations du fonds d'actions conventionnelles (FAC) allouées par arrêté interministériel aux CNP sont de l'ordre de 40 à 60 k€ par an pour les spécialités médicales (à l'exception du CMG et de la FSM) et ne permettent de financer que les frais afférents aux réunions (locations de salles, frais de déplacement) et non le recrutement de personnels.



la délivrance des attestations, de manière automatique. Ces systèmes remplissent les mêmes objectifs que le document de traçabilité de l'ANDPC mais permettent aux CNP d'entretenir un lien direct avec les professionnels, sans passer par le canal de l'agence, traduisant ainsi leur volonté d'autonomie par rapport à celle-ci, aucun échange d'information n'étant organisé avec la plateforme MonDPC.fr<sup>66</sup>. Une des tâches de l'ANS sera donc d'organiser le recueil ou l'interopérabilité des informations disponibles dans les outils de l'ensemble des acteurs (ANDPC, CNP, employeurs, éventuellement organismes financeurs<sup>67</sup>) pour les mettre à disposition des ordres, avec le consentement des professionnels, et leur permettre d'assurer le contrôle de l'obligation de certification. L'ampleur de ce chantier eu égard au nombre important des acteurs concernés et à l'hétérogénéité des informations dont ils disposent fait craindre que ces travaux n'aboutissent pas avant de nombreux mois voire avant plusieurs années<sup>68</sup>.

## **4 Avant l'élaboration du nouveau COP, il convient de redéfinir les objectifs et modalités du DPC en articulation avec la certification périodique, ainsi que les missions de l'agence**

### **4.1 Revoir le périmètre des professions soumises au DPC en mettant en place le dispositif de suivi avant d'imposer l'obligation**

[183] La France est le seul pays à avoir étendu l'obligation de DPC à l'ensemble des professionnels de santé, représentant environ 70 professions et spécialités et environ deux millions de personnes. Toutefois, l'opérateur du DPC ne dispose de leviers de pilotage que pour environ un quart de ces professionnels, pour lesquels il contribue au financement des actions et peut, grâce à cela, suivre leur engagement dans la démarche. Si sa mission de publication des actions s'inscrivant dans les orientations prioritaires concerne toutes les professions, ces dernières restent tributaires des propositions des organismes de DPC, qui concentrent logiquement leur offre, au moins lorsqu'ils sont commerciaux, sur les segments les plus solides de la demande, autrement dit les catégories les plus nombreuses parmi celles solvabilisées par l'agence.

[184] En croisant trois critères, l'offre de DPC disponible, l'accès à un financement et l'existence d'un contrôle de l'obligation, il apparaît que le maintien de certaines professions dans le périmètre de l'obligation de DPC apparaît problématique.

[185] Tout d'abord, l'examen approfondi des actions ouvertes en 2021 (cf. annexe 4) met en évidence la pénurie d'offre que connaissent certaines professions, avec un petit nombre d'actions spécifiquement conçues pour elles-mêmes (voire aucune action monoprofessionnelle

---

<sup>66</sup> Le CMG a indiqué à la mission s'être heurté au refus de l'ANDPC de transmettre des informations individuelles pour alimenter archimede.

<sup>67</sup> Les fonds d'assurance formation (FAF-PM et FIF-PL) disposent de données individuelles sur les actions qu'ils financent mais ne spécifiant pas s'il s'agit d'actions de DPC. L'ANFH et l'OPCO santé ne disposent pas de données individuelles qui restent chez les employeurs, sauf, pour l'ANFH, sur le DPC médical pour lequel elle reçoit une contribution financière de l'ANDPC (cf. annexe 6).

<sup>68</sup> L'ANS a indiqué à la mission ne pas avoir obtenu de ses tutelles, pour 2023, le recrutement des 3 agents qu'elle estime nécessaire pour conduire ce projet.

notamment pour les professions de l'appareillage).

Tableau 11 : Analyse de l'offre d'actions DPC pour certaines professions en 2021

Profession	Nombre d'OP	nombre d'actions	dont monopro	Nature	dont pluripro	Autres professions visées par les actions	Nature
Physicien médical	2	2	0		2	Radio protection PS et patients : MERM, médecins, biologistes	2 FC
Infirmier en pratique avancée	0	14	3 (avec IDE)	2 FC, 1PI (EPP+FC)	11	Actions dans le cadre des OP de politique de santé	11 FC
Psychomotricien	1	965	7	6 FC, 1EPP	958	Dont 939 actions dans le cadre des OP de politique de santé	910 FC, 30 EPP, 6 GDR, 12 PI (8 FC+EPP, 3 FC+GDR)
Audioprothésiste	3	70	15	15 FC	55	Dont 50 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	54 FC, 1 PI (FC+EPP)
Orthoprothésiste	1	61	0		61	Dont 55 actions dans le cadre des OP de politique de santé et 6 actions avec podo-orthésistes, MK, PP, ergo)	59 FC, 1EPP, 1 PI (FC+EPP)
Podo-orthésiste	2	85	0		85	Dont 72 actions dans le cadre des OP de politique de santé et 13 avec PP, MK, orthoprothésistes, ergo	82 FC, 1GDR, 2P (FC+EPP)
Oculariste	0	16	0		16	Actions dans le cadre des OP de politique de santé	15 FC, 1PI (FC+EPP)
Épithésiste	0	29	0		29	Actions dans le cadre des OP de politique de santé	28 FC, 1PI (FC+EPP)
Orthopédiste-orthésiste	0	63	0		63	Actions dans le cadre des OP de politique de santé	59 FC, 1 EPP, 1 GDR, 2PI (FC+EPP)
Diététicien	1	739	11	11 FC	728	Dont 727 actions dans le cadre des OP de politique de santé et 1 action avec médecin et IDE sur la nutrition artificielle	656 FC, 29 EPP, 8 GDR, 35 PI
Ambulancier	0	0	0		0		
Assistant dentaire	0	3	2	2 FC	1	Actions dans le cadre des OP de politique de santé	1 FC

Source : Données ANDPC, analyse mission

[186] Cette analyse, réalisée sur le catalogue de la seule année 2021 et qu'il faudrait effectuer sur l'ensemble d'un triennal pour en tirer des conclusions définitives, permet de 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) : physicien médical, ambulancier, assistant dentaire ;
- celles qui ne peuvent remplir l'obligation qu'en suivant des actions multiprofessionnelles 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 : audioprothésiste (1 programme intégré avec EPP), Orthoprothésiste (1 programme intégré avec EPP), Podo-orthésiste (2 programmes intégrés avec EPP), Oculariste (1 programme intégré avec EPP), Épithésiste (1 programme intégré avec EPP), Orthopédiste-orthésiste (2 programmes intégrés avec EPP). On peut rattacher à ce groupe les infirmiers en pratique avancée qui n'avaient accès en 2021 qu'à une action d'EPP dans le cadre d'un programme intégré commun avec les IDE et Ibode s'inscrivant dans une orientation de la politique de santé.

[187] Ensuite, certaines professions peuvent avoir des difficultés à obtenir un financement pour des actions de DPC parce qu'elles ne peuvent bénéficier d'un fonds de financement ou qu'elles relèvent d'un fonds au sein duquel les professions de santé sont minoritaires :

- les professions de l'appareillage correspondent à ces deux situations :
  - lorsqu'elles sont exercées à titre non salarié, elles ne relèvent ni du financement de l'ANDPC ni de celui du FIF-PL (ce ne sont pas des professions libérales) et ne peuvent bénéficier du financement de l'OPCO de leurs salariés que sur la base d'une cotisation volontaire ;
  - lorsqu'elles sont exercées à titre salarié, elles relèvent pour certaines (orthoprothésiste podo-orthésiste) de l'OPCO 2i (ex-métallurgie), de l'OPCO commerce (opticiens-lunetiers) ou de l'OPCO entreprises de proximité (audioprothésistes) qui couvrent de nombreuses activités sans rapport avec la santé ;
- les assistants dentaires relèvent de l'OPCO entreprises de proximité et les ambulanciers de l'OPCO mobilité dont le périmètre est également très large ;
- les professions paramédicales exercées à titre libéral mais non conventionnées avec l'assurance maladie (diététicien, ergothérapeute, psychomotricien) ne peuvent bénéficier que d'un financement par le FIF-PL. 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.

[188] Enfin, les modalités de mise en œuvre du contrôle de l'obligation interrogent pour les professions ne relevant pas d'un ordre, pour deux raisons différentes :

- le contrôle des employeurs apparaît inégal et non tracé pour ceux que la mission a pu rencontrer (gestionnaires d'établissement de santé ou médico-sociaux) : n'étant pas en

mesure de proposer une offre de DPC à l'ensemble de leurs salariés, ils n'effectuent pas ce contrôle ;

- le contrôle des ARS, chargées de vérifier le respect de l'obligation de DPC par divers professionnels de santé ne relevant pas d'un ordre professionnel et exerçant à titre libéral (ergothérapeutes, psychomotriciens, diététiciens, orthophonistes et orthoptistes) ou n'exerçant pas à titre salarié (professions de l'appareillage médical)<sup>69</sup> apparaît très lacunaire : la mission n'a pu interroger l'ensemble des ARS en l'absence de réponse du secrétariat général des ministères sociaux à ses sollicitations mais sur les cinq ARS qu'elle a interrogées, quatre ont reconnu ne pas s'être emparées de cette compétence, dans un domaine qu'elles considèrent comme non prioritaire et concernant un public qu'elles connaissent mal. La seule agence ayant eu une action dans ce domaine s'est limitée à enregistrer les attestations reçues de professionnels, principalement des orthoptistes (cf. partie 2.2 de l'annexe 6).

[189] Pour la mission, le croisement de ces critères conjugué à l'absence de contrôle soulève la question de l'opportunité du maintien de l'obligation pour des professionnels qui n'ont pas la possibilité d'accéder à une offre suffisante et/ou de faire financer des actions. Certaines professions apparaissent ainsi particulièrement en difficulté pour remplir leur obligation :

- au premier chef, cinq des professions de l'appareillage (épithésistes, ocularistes, orthopédistes-orthésistes, orthoprothésistes, podo-orthésistes) qui ne se voient proposer que des actions multiprofessionnelles s'inscrivant dans le cadre des orientations de politique nationale de santé, avec une offre très limitée en matière d'évaluation des pratiques, ne sont ni financées ni contrôlées quand elles sont exercées à titre indépendant, et sont rattachées à des OPCO non spécialisés sur le champ de la santé quand elles sont exercées à titre salarié ;
- les deux autres professions de l'appareillage sont dans la même situation sur le plan du financement et du contrôle (pour les indépendants), avec une offre d'EPP très limitée pour les audioprothésistes mais plus large pour les opticiens lunetiers ;
- les trois professions qui lorsqu'elles sont exercées à titre libéral ne peuvent bénéficier que du financement du FIF-PL n'identifiant pas les actions de DPC (diététicien, ergothérapeute, psychomotricien) et en particulier les psychomotriciens qui ne se voient proposer aucune action (DPC ou non) par le fonds. Le respect de l'obligation de DPC de ces trois professions n'est en outre pas ou peu contrôlé par les ARS ;
- les trois professions qui ne se voient pas proposer d'action d'EPP ou de GDR (physicien médical, ambulancier, assistant dentaire), les ambulanciers indépendants n'ayant en outre accès à aucun financement.

[190] Pour ces treize professions, les possibilités de respecter l'obligation sont ainsi très limitées, alors que son maintien fait peser un risque médico-légal sur les professionnels. Le maintien de l'obligation de DPC ne se justifierait ainsi que si des possibilités de financement nouvelles étaient

---

<sup>69</sup> Article R. 4021-23 du CSP.

ouvertes (par exemple une extension aux indépendants<sup>70</sup> de la prise en charge par l'ANDPC) et qu'une action déterminée de l'agence était engagée auprès des ODPC pour élargir l'offre destinée à ces professionnels, objectif néanmoins difficile à atteindre pour celle-ci en l'absence de leviers identifiés. Une concertation avec les représentants de chacune des professions concernées devrait être menée pour décider de leur maintien dans le périmètre du DPC ou de leur exclusion.

**Recommandation n°10** Envisager, après concertation avec les représentants des professions concernées, de supprimer l'obligation du DPC pour les professions les plus en difficulté pour accéder à une offre complète de DPC (tous types d'actions confondus).

[191] Si le choix inverse était fait de maintenir dans le champ de l'obligation de DPC certains de ces professionnels, il serait souhaitable d'élargir le périmètre des professionnels pouvant bénéficier de la prise en charge de l'agence à au moins deux catégories :

- les professionnels de l'appareillage non-salariés qui n'ont aujourd'hui pas de source de financement et représentent des effectifs peu nombreux : environ 10 000 opticiens lunetiers, 1 500 audioprothésistes et 1 700 autres professionnels de l'appareillage non-salariés ;
- les professionnels de santé salariés des centres de santé (CDS) n'appartenant pas aux dix professions financées par l'agence lorsqu'elles sont exercées à titre libéral et notamment les assistants dentaires. Ce choix serait conforme à la lettre de la loi<sup>71</sup> et du règlement et représenterait un surcoût modéré : l'observatoire des centres de santé géré par l'ATIH dénombrait en 2019 24 455 professionnels de santé dont seulement 5 515 assistants dentaires, non pris en charge, et 1 430 « autres » dont certains potentiellement non pris en charge.

[192] Ces mesures ne résoudraient toutefois qu'une partie des difficultés de financement relevées puisque les professionnels de l'appareillage salariés et les assistants dentaires salariés d'autres employeurs que les centres de santé ne seraient pas pris en charge par l'agence.

**Recommandation n°11** Si le choix est fait de maintenir dans le champ de l'obligation de DPC l'ensemble des professionnels de santé salariés des centres de santé et les professionnels non-salariés de l'appareillage, élargir à tous ces professionnels le périmètre de prise en charge par l'ANDPC.

---

<sup>70</sup> Qui nécessiterait une disposition réglementaire pour étendre le périmètre des professions prises en charge par l'ANDPC

<sup>71</sup> L'article L. 221-1-2 du code de la sécurité sociale dispose que « pour l'ensemble des professionnels de santé libéraux conventionnés et pour les professionnels exerçant au sein de structures mentionnées à l'article L. 6323-1 du code de la santé publique (ie : les CDS) , la section [du FAC] peut financer le développement professionnel continu », sans faire de restriction sur les catégories de professionnels des CDS dont le DPC peut être financé.

## 4.2 Le besoin de cohérence avec le périmètre des référentiels de certification périodique implique d'élargir le champ du DPC au-delà des orientations prioritaires

### 4.2.1 Les orientations prioritaires pourraient se limiter au champ de la formation continue, dans un processus d'élaboration garantissant mieux la prise en compte des besoins des professions et spécialités

[193] L'encadrement des actions de DPC par des orientations prioritaires nationales est une spécificité française (de même que le financement public des actions pour certaines professions). Sur le fond, l'encadrement de l'offre par des orientations prioritaires peut se justifier pour deux motifs principaux :

- réguler une offre très abondante pour orienter les professionnels vers les thématiques les plus susceptibles de répondre à leurs besoins et respectant des critères de qualité définis dans les fiches de cadrage associées à chaque orientation prioritaire ;
- prioriser l'emploi des fonds publics en réservant la prise en charge de l'agence aux actions s'inscrivant dans ces orientations.

[194] Les constats établis par la mission (cf. annexe 4) montrent que le premier objectif est justifié pour les actions de formation qui représentaient en 2021 97 % des actions publiées hors programmes intégrés et étaient présentes dans la quasi-totalité de ceux-ci. En revanche, les orientations prioritaires peuvent contribuer à la pénurie d'offre d'actions d'EPP (3 % des actions hors programmes intégrés) et de GDR (0,3 % des actions hors programmes intégrés). Or, l'intérêt d'enserrer dans des thématiques prioritaires ce type d'actions qui correspondent à des obligations déontologiques et réglementaires n'est pas avéré. A titre d'exemple, les actions de GDR réalisées en établissement de santé s'inscrivent dans la démarche globale de maîtrise des risques associés aux soins dont la certification a notamment pour objet de vérifier la mise en œuvre. Dans ce cadre, si la bonne application des méthodes préconisées par la HAS dans la réalisation de ces actions est primordiale, l'inscription de ces actions dans des orientations thématiques n'apporte pas de plus-value et risque au contraire d'exclure des actions nécessaires en cas d'évènements indésirables, au motif qu'elles ne s'inscriraient pas dans les thématiques sélectionnées. De même, l'évaluation des pratiques professionnelles est une exigence pour l'ensemble des professions et spécialités et ne devrait pas à avoir à s'inscrire dans des orientations thématiques pour être prise en compte dans le DPC. En revanche, il est souhaitable de maintenir l'exigence d'une inscription dans les orientations prioritaires pour les programmes intégrés qui associent formation, EPP et GDR, et sont proposés en plus grand nombre (et par des ODPC qui ne sont que très rarement liés aux établissements de santé ou médico-sociaux<sup>72</sup>).

**Recommandation n°12** Limiter le champ des orientations prioritaires nationales à la formation continue et aux programmes intégrés.

<sup>72</sup> Seuls 1,5 % des programmes intégrés sont proposés par de tels ODPC, qui sont en revanche à l'origine de 45 % des actions d'EPP et 55 % des actions de GDR (cf. tableau 6 de l'annexe 4).

#### 4.2.2 La cohérence entre le DPC et la certification périodique des professions à ordre suppose de confirmer l'existence d'un DPC hors orientations prioritaires

[195] Les dispositions législatives<sup>73</sup> et réglementaires<sup>74</sup> actuelles prévoient déjà que toutes les actions de DPC ne s'inscrivent pas obligatoirement dans les orientations prioritaires, le principe retenu étant de ne les assortir que d'une contrainte de nombre minimum d'actions associées (cf. 1.2.1 *supra*). Ainsi, limiter le financement de l'agence aux seules actions s'inscrivant dans des orientations prioritaires, ne s'oppose pas à ce que des actions non financées répondant aux objectifs du DPC et mettant en œuvre les méthodes préconisées par la HAS soient prises en compte dans l'obligation de DPC comme cela est proposé *supra* pour les actions d'EPP et de GDR. Les propositions de modifications réglementaires qu'a pu formuler l'ANDPC durant la période du COP, visant à ce que *toutes* les actions suivies par un professionnel s'inscrivent dans les orientations prioritaires, ne contribueraient pas, si elles étaient suivies, à clarifier la situation ni à rendre plus lisible l'articulation des dispositifs :

- pour les professions à ordre, cela nuirait à la cohérence entre les obligations de certification et de DPC, le dispositif de certification ne reposant pas sur la définition de priorités thématiques et les référentiels de certification pouvant inclure des actions de DPC ne s'inscrivant pas dans les orientations prioritaires : limiter le DPC à celles-ci pourrait alors conduire des professionnels à respecter l'obligation de certification sans respecter l'obligation de DPC ;
- or, les parcours de DPC élaborés par les CNP pourraient, eux, en application de la loi, continuer à proposer des actions ne relevant pas d'orientations prioritaires. Il est dès lors probable que la restriction inciterait l'ensemble des CNP à s'engager dans l'élaboration de parcours de DPC au périmètre plus large et, pour les professions à ordre, cohérents avec les référentiels de certification, pour répondre aux attentes de leurs professionnels ;
- en l'absence de parcours de DPC proposé par un CNP, la modification réglementaire aboutirait à ce que les professionnels ne puissent plus valider leur obligation, notamment les salariés ne bénéficiant pas du financement de l'agence, qui ne pourraient plus faire valoir les actions suivies dans leurs établissements n'ayant pas fait l'objet d'un dépôt à l'agence, en particulier les actions d'EPP et de GDR. A titre d'exemple, en 2021, seuls 3602 personnels médicaux des établissements publics de santé adhérents à l'ANFH (sur environ 65 000)

---

<sup>73</sup> Cf. article L 4021-3 du CSP : « 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. »

<sup>74</sup> Cf. article R 4021-4 du CSP : « II.- Pour satisfaire à son obligation de développement professionnel continu, le professionnel de santé : 2° Ou bien justifie au cours d'une période de trois ans :... b) Soit 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 prévues à l'article L. 4021-2.

avaient suivi une action de DPC publiée par l'ANDPC alors que 37 489 avaient suivi une action ne s'inscrivant pas dans les orientations prioritaires de DPC<sup>75</sup>.

[196] **Pour ces raisons, il apparaît souhaitable de maintenir la rédaction actuelle des textes disposant qu'une partie des actions de DPC suivies peut ne pas s'inscrire dans les orientations prioritaires**, en revoyant le cas échéant le nombre minimal des actions prioritaires en cohérence avec ce qui sera retenu pour la certification périodique.

**Recommandation n°13** Maintenir la possibilité de valider des actions de DPC ne s'inscrivant pas dans les orientations prioritaires et fixer le nombre minimal d'actions prioritaires en cohérence avec la règle imposée pour la certification périodique.

#### 4.2.3 Le champ du DPC pourrait en outre être élargi, pour favoriser l'accès au DPC des professionnels salariés aux actions déjà organisées par de nombreux employeurs dans le cadre de leurs obligations réglementaires

[197] Les contraintes financières, réglementaires et organisationnelles pesant sur les employeurs, en particulier les établissements de santé et les établissements médico-sociaux (cf. *supra* 2.2.2) limitent leur capacité à permettre à leurs salariés d'accéder à des actions de DPC publiées par l'ANDPC. La distinction faite par l'ANDPC entre actions de DPC et actions de formation continue et à cette égard problématique et incompréhensible pour les employeurs dans la mesure où les seules ressources dont ils disposent pour financer des actions sont celles de la formation continue et où la très grande majorité des actions de DPC publiées par les autres ODPC sont des actions de formation continue. Dans ce contexte et compte tenu de la proposition précédente sur la reconnaissance d'un DPC hors orientations prioritaires nationales, il paraît souhaitable d'envisager l'extension du périmètre des actions éligibles à l'obligation de DPC aux 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.

[198] Au-delà de la recommandation précédente (n°11) de ne plus conditionner la publication des actions d'EPP et de GDR au respect d'orientations prioritaires, **il convient de prendre en compte dans le périmètre du DPC certaines actions de formation découlant d'obligations des employeurs et qui concourent aux mêmes objectifs, même si elles ne s'inscrivent pas dans les orientations nationales prioritaires :**

- 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 final 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, éventuellement à la condition que cette certification soit délivrée par une université ;

---

<sup>75</sup> Source : données d'activité 2021 de l'ANFH sur le DPC médical.



- 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.

[199] En effet, il est clair que des employeurs confrontés à des budgets limités et à des tensions sur les personnels donneront toujours la priorité aux actions collectives destinées à préparer leurs équipes à l'obtention des certifications et accréditations indispensables à la poursuite de leur activité et au respect des exigences de qualité et de sécurité des soins. La prise en compte de ces actions permettrait de crédibiliser l'obligation de DPC pour les salariés, à condition que la participation des personnels concernés soit tracée. Cette évolution serait en outre cohérente avec le périmètre des actions éligibles à la certification périodique, dans le lequel le projet de décret élaboré par la DGOS prévoit notamment d'inclure, « *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* ».

**Recommandation n°14** Etudier la prise en compte dans le périmètre du 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'obligations réglementaires auxquelles ils sont soumis, de l'adaptation à l'emploi, ou de la certification de nouvelles compétences.

[200] Si cet élargissement allégeant les contraintes des employeurs était retenu, il serait logique, en contrepartie, de les rendre co-responsables de l'accès de leurs salariés à des actions de DPC : l'employeur serait tenu de proposer des actions de DPC à ces salariés et ceux-ci resteraient responsables du suivi des actions proposées. Une telle évolution permettrait de dégager la responsabilité médico-légale du salarié au cas où son employeur ne lui aurait pas proposé d'action. Elle inciterait en outre les employeurs à mettre en place un enregistrement des actions suivies par leur salariés, y compris dans un cadre collectif, avec le niveau de détail requis (notamment la distinction entre types d'actions).

**Recommandation n°15** Dans le cadre d'un DPC au périmètre élargi, rendre les employeurs co-responsables du respect de l'obligation de DPC de leurs salariés.

[201] La mise en œuvre de ces préconisations suppose toutefois une action de communication auprès des employeurs, en particulier les établissements de santé et médico-sociaux, pour expliquer le contenu des obligations de DPC et de certification périodique et donner une information claire sur les conditions d'éligibilité des actions à ces deux dispositifs. La mission a en effet pu constater au travers de ses contacts la méconnaissance profonde de ces obligations de la part des établissements, certains pensant que le DPC ne concernait que les médecins, d'autres ignorant l'instauration imminente<sup>76</sup> de la certification périodique. La publication des référentiels de certification pourrait constituer l'opportunité pour lancer une telle action.

---

<sup>76</sup> Et en théorie déjà effective.

**Recommandation n°16** Engager une action de communication auprès des employeurs pour présenter conjointement les deux dispositifs (DPC et certification périodique) et les conditions d'éligibilité des actions relevant de chacun d'entre eux.

#### 4.2.4 La confirmation d'un périmètre du DPC ne se limitant pas aux actions s'inscrivant dans les orientations prioritaires permet aux professions à ordre de conserver les avantages du DPC sans ses inconvénients.

[202] La FSM a fait part à la mission de sa proposition de suppression de l'obligation de DPC pour les professions à ordre, considérant que la certification périodique pouvait s'y substituer et que le maintien de deux obligations avec des calendriers et des périmètres différents serait difficilement compréhensible pour les professionnels et les ordres.

[203] La mission considère pour sa part que la confirmation d'un périmètre d'actions de DPC ne se limitant pas à celles mettant en œuvre les orientations prioritaires rend les deux obligations compatibles. Les parcours de DPC élaborés par le CNP de la FSM, le CMG et le CNP de la pharmacie adoptent déjà cette vision large cohérente avec le contenu des blocs 1 et 2 de la certification. Les préconisations de la mission sur la sortie des actions d'EPP et de GDR du champ des orientations prioritaires et sur l'éligibilité de certaines actions de formation organisées par les employeurs pour leurs salariés vont également dans le sens du réalisme, en valorisant l'existant comme cela est prévu pour la certification périodique, et rendent possible le maintien de l'obligation de DPC.

[204] Au-delà, le maintien d'un DPC bien articulé avec la certification périodique permet le maintien d'un financement public pour les professionnels concernés, ainsi qu'une capitalisation sur la régulation de la qualité qui l'a accompagné, régulation certes perfectible<sup>77</sup> mais utile<sup>78</sup>, dont l'ANDPC est à l'heure actuelle le seul acteur.

### 4.3 Plusieurs scénarios d'évolution des missions et moyens d'action de l'ANDPC sont envisageables dans ce cadre

[205] L'élargissement du champ du DPC au-delà des seules actions s'inscrivant dans les orientations prioritaires soulève la question du rôle de l'ANDPC, dont le périmètre d'intervention coïncide aujourd'hui avec ces actions prioritaires. La mission a examiné plusieurs scénarios d'évolution des missions de l'agence prenant en compte cet élargissement.

---

<sup>77</sup> Notamment, le manque de moyens des CSI et les difficultés associées à la forme juridique de l'agence conduisent aujourd'hui à des goulots d'étranglement.

<sup>78</sup> Les risques sont multiples et évoqués dans ce rapport et ses annexes : dérives commerciales, dérives sectaires autour de pratiques non étayées par la littérature scientifique...

#### 4.3.1 L'hypothèse de la dissociation des missions de financement et d'évaluation se heurte à une logique institutionnelle complexe

[206] L'un des ordres professionnels rencontrés par la mission a émis la proposition de dissocier les fonctions de financement des actions et les fonctions d'évaluation de la qualité, avec la création d'un fonds de financement mutualisant les ressources existantes et d'une agence chargée de l'évaluation. Cette hypothèse est intéressante dans la mesure où elle permettrait de lever tous ceux des blocages existants dans l'accès aux actions qui sont de nature financière, et de renforcer la démarche d'évaluation.

[207] La création d'un fonds de financement unique ne paraît toutefois pas réaliste au regard :

- de la diversité des sources de financement (dotation de la CNAM et cotisations personnelles pour les libéraux, cotisations des employeurs pour les salariés, ressources personnelles pour les indépendants non libéraux) ;
- et de la multiplicité des organismes chargés de gérer ces ressources (ANDPC et fonds d'assurance formation pour les libéraux, association agréée ou ressources propres pour les personnels non médicaux des établissements publics de santé et médico-sociaux, établissement public collecteur des cotisations et offerreur de formation pour les agents des collectivités territoriales, et au moins 6 OPCO, de création récente, pour les autres salariés, avec des taux de cotisations et des règles de mutualisation différents). Regrouper ces organismes dans l'objectif d'une mutualisation accrue des ressources supposerait de faire converger préalablement les régimes de cotisation et les modalités de gestion et se heurterait à la volonté d'autonomie des acteurs. Cela aboutirait par ailleurs à sortir du régime de droit commun de la formation l'ensemble des professionnels de santé.

#### 4.3.2 Une première option serait de ne pas élargir voire de réduire le périmètre d'intervention de l'agence en continuant à le limiter aux orientations prioritaires et en exonérant certaines professions de l'obligation de DPC

[208] Une première option consisterait à **laisser le champ d'intervention de l'agence se limiter aux seules actions s'inscrivant dans les orientations prioritaires**, dont le périmètre serait réduit avec la sortie des actions d'EPP et de GDR (cf. recommandation n°11 *supra*) et avec la reconnaissance d'autres actions éligibles au DPC sans relever de ces orientations (cf. *supra* 4.2.3).

[209] Ce choix aurait un impact limité sur les dépenses de l'agence :

- le financement de l'EPP ou de la GDR par l'ANDPC serait restreint aux seules actions de ces types incluses dans des programmes intégrés (qui resteraient conditionnés à l'inscription dans des orientations prioritaires) mais les actions de ces types réalisées hors programmes intégrés n'ont concerné en 2022 que 1,6 %<sup>79</sup> des professionnels ayant bénéficié du financement de l'agence ;

---

<sup>79</sup> Chiffres clés du DPC au 31/12/2022.

- les actions de formation hors OP organisées par les employeurs qui seraient rendues éligibles au DPC (cf. *supra* 4.2.3) ne bénéficieraient pas du financement de l'agence.

[210] **La sortie de certaines professions du champ de l'obligation de DPC (cf. *supra* 4.1) contribuerait à réduire le périmètre d'intervention de l'agence**, de façon néanmoins limitée, les professions concernées étant peu nombreuses, ne bénéficiant pas de son financement et ne représentant qu'une faible part de l'offre d'actions de DPC.

[211] La suppression de l'obligation de DPC pour les professions à ordre (4.2.4) qui représentaient en décembre 2022 94 % des professionnels éligibles au financement de l'agence<sup>80</sup> **aurait en revanche un impact beaucoup plus important sur son champ de l'intervention** et pourrait remettre en cause son existence même :

- la suppression de l'obligation pour ces professions risquerait de remettre en cause à terme le financement public de leur DPC, la seule justification de son maintien étant alors que les actions de DPC peuvent être prises en compte dans la certification périodique ;
- le maintien de l'obligation pour les seules professions ne relevant pas d'un ordre et non exclues par ailleurs du champ de l'obligation pour les raisons mentionnées *supra* réduirait le champ d'intervention de l'agence de façon considérable, les deux seules professions concernées parmi celles financées par l'agence étant les orthophonistes et orthoptistes et les professionnels les plus nombreux restant soumis à l'obligation étant des salariés (aides-soignants, techniciens de laboratoire, manipulateurs radio).

[212] Dans cette hypothèse, le maintien d'un opérateur dédié au dispositif apparaîtrait compromis, avec plusieurs conséquences négatives :

- **l'absence de tout dispositif de régulation de l'offre**, notamment sur le champ de la formation, qui aurait des conséquences à terme sur sa qualité : même insuffisamment efficace (cf. les constats de la mission sur les processus de contrôle de conformité et d'évaluation des actions), l'intervention de l'ANDPC contribue à l'amélioration de l'offre et limite les risques de dérive, en particulier depuis le renforcement de son contrôle des indus et des fraudes ;
- la réduction, voire la disparition du financement de l'agence risquerait d'orienter les professionnels vers les actions les moins coûteuses, quelle que soit leur qualité.

[213] Pour ces raisons, la mission estime préférable de maintenir l'obligation de DPC pour les professions à ordre, mais en facilitant le respect simultané de cette obligation et de l'obligation de certification, grâce aux recommandations précédemment formulées.

---

<sup>80</sup> 421 398 professionnels relevant d'un ordre sur 447 027 selon les chiffres clés du DPC au 31/12/2022

### 4.3.3 Une seconde option pourrait consister à élargir le périmètre d'intervention de l'agence au DPC « non prioritaire » avec deux variantes

[214] La reconnaissance d'un DPC « non prioritaire », si elle est nécessaire pour permettre au plus grand nombre de professionnels de respecter leur obligation de DPC et cohérente avec le large périmètre de la certification pour ceux relevant des ordres, soulève deux difficultés :

- l'absence de financement de l'ANDPC, pour les professionnels pouvant en bénéficier, si la prise en charge reste conditionnée à l'inscription dans les orientations prioritaires ;
- l'absence de garantie de qualité pour les actions qui, non enregistrées par l'agence, ne seraient pas soumises à l'évaluation qualité des CSI.

[215] Pour pallier ces difficultés, **il pourrait être envisagé d'étendre la compétence de régulation de l'offre dont dispose l'agence aux actions ne s'inscrivant pas dans les orientations prioritaires**, avec deux modalités possibles.

[216] La première consisterait à élargir le champ d'intervention de l'agence en **permettant le dépôt d'actions non inscrites dans les orientations prioritaires**, dans les limites préconisées par la mission (actions d'EPP et GDR et certaines actions de formation organisées par les employeurs à l'intention de leurs seuls salariés). Cette solution nécessiterait de modifier les dispositions réglementaires relatives à l'enregistrement des organismes, au dépôt et à l'évaluation des actions et aux conditions de prise en charge financière par l'agence. Dans ce cadre, le contrôle de conformité de l'agence et l'évaluation par les CSI se limiteraient à :

- la vérification par l'équipe chargée du contrôle de conformité des règles générales (prévention des liens d'intérêt, compétences des concepteurs et intervenants)
- la vérification par les CSI du respect des méthodes de DPC préconisées par la HAS et de la pertinence scientifique des contenus.

[217] **La seconde modalité consisterait à n'étendre le périmètre d'intervention de l'agence que pour sa seule mission d'évaluation de la qualité des actions par les CSI** qui inclurait les actions de formation, d'EPP et de GDR ne s'inscrivant pas dans les orientations prioritaires, y compris celles réalisées dans le cadre des parcours de DPC, voire des référentiels de certification. Cette solution remédierait à l'absence de contrôle qualité par les CNP sur les actions associées aux parcours de DPC (cf. *supra* 3.2.2). Elle nécessiterait toutefois de définir une procédure de déclaration des actions concernées auprès de l'agence, pour lui permettre d'engager les évaluations. Pour rester dans le cadre des compétences de l'agence, le champ des actions visées devrait se limiter à celles de même type que les actions de DPC publiées sur le catalogue de l'agence, autrement dit des actions appliquant les méthodes de DPC préconisées par la HAS. Les actions d'autres types ou disposant d'un simple « label CNP » ne seraient pas soumises aux CSI et il reviendrait aux CNP d'assumer la responsabilité de leur validation vis-à-vis des ordres.

[218] Pour alléger la tâche des CSI, dont le renforcement sera de toute façon nécessaire (cf. *supra* 2.3.2), il pourrait être envisagé des modalités d'évaluation alternatives pour certaines des actions de DPC prioritaires ou non prioritaires :

- les actions d'EPP et de GDR réalisées par les établissements de santé pourraient faire l'objet d'un examen dans le cadre de la procédure de certification. Celle-ci contient déjà des critères destinés à vérifier que les connaissances et les compétences individuelles et collectives des équipes sont assurées (critère 3.4-03), notamment par l'accès à des actions de DPC, et que les équipes améliorent leurs pratiques en analysant les événements indésirables associés aux soins qu'elles ont déclarés (critère 2.4-04 dont un des éléments d'appréciation est la conduite d'une action de GDR en cas d'événement indésirable). Une étape supplémentaire consisterait à vérifier que l'organisation mise en place garantit le respect des méthodes d'EPP et GDR préconisées par la HAS, par exemple en procédant par sondage sur un échantillon d'actions réalisées par l'établissement. **Consultée par la mission, la HAS a répondu favorablement à l'idée de faire évoluer le manuel de certification en ce sens.**
- de façon analogue, les actions de formation proposées par les universités pourraient ne pas être soumises à l'évaluation des CSI en considérant que ces opérateurs sont déjà soumis à un processus d'évaluation spécifique organisé par une autre autorité publique indépendante que la HAS, à savoir le Haut conseil de l'évaluation de la recherche et de l'enseignement supérieur (Hcéres) dont le champ porte à la fois sur les structures et sur les formations qu'elles dispensent.

#### 4.4 Quel que soit le scénario d'évolution des missions de l'agence qui sera retenu, il est nécessaire de lui donner le moyen de fonctionner efficacement, au besoin en faisant évoluer son statut

##### 4.4.1 Faciliter la gestion des ressources humaines, en prenant une disposition pour déroger aux règles de recrutement des GIP ou en transformant l'agence en établissement public, de façon à également renouveler sa gouvernance

[219] En dépit de sa forme juridique, le fonctionnement de l'ANDPC n'est pas celui d'un GIP dans lequel les membres mettent en commun des personnels et des moyens pour réaliser une action commune. Ce statut, qui est ainsi non respecté dans certains de ses principes, génère en outre des difficultés de recrutement qui ne sont surmontées que partiellement, et grâce à la tolérance accordée par le contrôleur économique et financier sur les recrutements en CDD de longue durée. Il en résulte des délais de recrutement longs et un turnover élevé, explique notamment une part importante des retards constatés sur l'exécution du COP (cf. *supra* 1.2.2).

[220] Pour mettre fin à cette situation de difficultés chroniques en matière de RH, il apparaît nécessaire de procéder à une adaptation des règles de fonctionnement du GIP, avec l'introduction de dérogations aux règles du décret du 5 avril 2013, pour sécuriser juridiquement et pérenniser et, au-delà, élargir les possibilités de recrutement en CDI. Cette adaptation pourrait nécessiter une disposition législative, l'article 109 de la loi du 17 mai 2011 de simplification du droit

ne prévoyant le recrutement direct dans les GIP « qu'à titre complémentaire » aux mises à disposition par les membres ou par d'autres personnes morales de droit public. C'est d'ailleurs le choix qui a été fait pour d'autres GIP sous tutelle du ministère de la santé<sup>81</sup>. Une solution moins sécurisée mais plus facile à mettre en œuvre serait d'introduire par voie réglementaire une dérogation au décret du 5 avril 2013 sur le régime de droit public applicable aux agents des GIP.

**Recommandation n°17** Prendre une disposition législative ou réglementaire autorisant l'ANDPC à recruter directement sous CDI.

[221] Au-delà de ces simples adaptations, un passage au statut d'établissement public administratif (EPA) pourrait être envisagé pour mettre fin à la fiction de la mise en commun de moyens par les membres du GIP. Cette évolution présenterait l'avantage de mettre le statut de l'agence en adéquation avec son mode de fonctionnement et de permettre une évolution de la gouvernance. Cette évolution pourrait permettre une distinction plus claire entre les fonctions d'administration et de tutelle avec une administration chef de file, la DGOS, et la mise en place d'un pré-CA. Cette organisation pourrait en outre permettre d'introduire des personnalités qualifiées dans le CA, l'une d'elles pouvant en assurer la présidence.

[222] Le passage sous statut d'EPA présente néanmoins des inconvénients comme la réintégration de l'agence dans le champ du décret sur la gestion budgétaire et comptable publique dont elle était partiellement sortie en 2020. En revanche, les compétences du conseil d'administration pourraient être calquées sur celle de l'assemblée générale du GIP, sans nécessité de faire évoluer le périmètre.

#### 4.4.2 Envisager de sortir le financement du FAC et de le transférer sur le sixième sous objectif de l'ONDAM (ce qui permet de financer le DPC au-delà du champ conventionnel)

[223] Le financement de l'ANDPC par le FAC est lié à l'origine conventionnelle de la prise en charge par l'assurance maladie de la formation continue des professionnels libéraux. Préalablement à la mise en place de l'OGDPC, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2012 a instauré une contribution sur le chiffre d'affaires de l'industrie pharmaceutique<sup>82</sup> dont les professionnels de santé ont cru qu'elle s'ajouterait aux financements conventionnels pour abonder le financement du DPC. En réalité, le produit de cette contribution a été affecté à la CNAM et est venu abonder le FAC dont le montant et sa part attribuée à l'OGDPC puis à l'ANDPC sont encadrés par les conventions d'objectifs de gestion entre l'Etat et la CNAM. Le décret de 2016 relatif au DPC a précisé que la seule ressource pérenne de l'agence est la dotation annuelle de l'UNCAM issue du FAC. La perspective d'une affectation directe du produit de la contribution

<sup>81</sup> L'article L. 6113-10-1 du code de la santé publique permet ainsi à l'agence nationale d'appui à la performance (ANAP) de recruter, outre des agents mis à disposition dans les conditions de droit commun des GIP, des fonctionnaires des trois fonctions publiques, des praticiens hospitaliers et des contractuels de droit public et de droit privé, en CDI ou CDD, sans conditions restrictives sur les postes. L'article L. 1111-24 du même code autorise l'agence du numérique en santé (ANS) à recruter des agents titulaires et non titulaires de la fonction publique sous CDD ou CDI et à employer des agents contractuels de droit privé régis par le code du travail.

<sup>82</sup> Article L. 245-6 du code de la sécurité sociale/



à l'agence, évoquée par celle-ci et certains représentants des professionnels, paraît donc difficilement envisageable et signifierait probablement, dans le contexte actuel des comptes sociaux, la diminution à due concurrence de la dotation du FAC, sauf réel volontarisme dans le contrôle du respect de l'obligation de DPC par les professionnels, au moins s'agissant de ceux pris en charge par l'agence, qui impliquerait assez rapidement une forte hausse des enveloppes.

[224] En revanche, sans changer le niveau de contribution de l'assurance maladie, il pourrait être envisagé de transférer le financement du FAC vers le 6<sup>ème</sup> sous objectif de l'ONDAM qui comprend désormais les dotations aux agences sanitaires. Cela permettrait de déconnecter le financement de la référence aux conventions entre l'assurance maladie et les professionnels de santé et de gérer les évolutions de ressources consacrées au DPC dans le cadre plus large de l'ONDAM, en permettant le cas échéant des arbitrages au sein du 6<sup>ème</sup> sous objectif dont le montant (7,3 Md€ en 2022) offre davantage de possibilités de redéploiement que celui du FAC (383 M€ en 2022). Cela pourrait notamment faciliter l'extension du périmètre des professions couvertes proposé *supra*.

## 4.5 Quels que soient les choix effectués, la construction et le suivi du COP pourrait être améliorés

[225] Les propositions qui précèdent supposent une série d'arbitrages sur le champ et le contenu du DPC et sur les missions de l'agence avant de commencer à élaborer le nouveau COP. Cependant, quels que soient ces arbitrages, des améliorations pourront être apportées en s'appuyant sur les constats de la mission.

### 4.5.1 Demander à l'agence de développer les travaux d'analyse statistiques pour améliorer la connaissance du fonctionnement du DPC

[226] Le rapport et ses annexes présentent des analyses réalisées par la mission à partir des bases de données de l'agence sur les organismes de DPC, les actions publiées et l'activité des CSI. Or ces analyses ne sont pas régulièrement produites par l'agence alors qu'elles peuvent contribuer à développer la connaissance sur le fonctionnement du dispositif et les caractéristiques de son déploiement.

[227] Il serait souhaitable que l'ANDPC renouvelle régulièrement les analyses effectuées par la mission, notamment sur les sujets suivants :

- la connaissance des actions déposées et publiées par type d'ODPC afin d'améliorer la compréhension des dynamiques à l'œuvre côté offre de DPC ;
- l'analyse de l'offre existante par profession mais aussi par spécialité afin d'améliorer le suivi de l'accessibilité du DPC pour les différents professionnels de santé ;
- l'analyse des actions suivies par professions et spécialités, en distinguant selon les types d'action et les catégories d'OP auxquelles elles se rattachent (notamment OP de politique nationale de santé et OP par professions et spécialités) afin de mesurer les choix des professionnels ;

- le suivi de l'activité des CSI et des délais d'évaluation et de notification des résultats de leurs évaluations pour permettre de suivre les performances des commissions et de l'agence dans cette mission importante, en responsabilisant ainsi les différents acteurs du processus.

**Recommandation n°18** Reproduire régulièrement les analyses statistiques présentées dans le rapport.

#### 4.5.2 Renforcer le suivi des DPI des membres des instances et du personnel

[228] L'annexe 3 du rapport montre que le suivi des déclarations publiques d'intérêt (DPI) que doivent effectuer les membres des instances est défaillant, les dispositions réglementaires prévoyant de mettre fin aux fonctions de ceux n'ayant pas accompli cette formalité étant de ce fait rendues inopérantes. Une telle situation est préjudiciable à la crédibilité de l'agence qui met pourtant en avant l'importance du contrôle des liens d'intérêt.

**Recommandation n°19** Mettre en œuvre le contrôle régulier et exhaustif de l'actualisation des déclarations d'intérêts des membres des instances et de l'agence. Contrôler, par sondage aléatoire des dossiers d'enregistrement des ODPC, l'actualisation des déclarations d'intérêts des concepteurs d'actions et des membres de conseils scientifiques.

#### 4.5.3 Rendre le COP plus pilotable

[229] Le suivi du COP a pâti du manque d'indicateurs pertinents pour apprécier la réalisation des actions. De nombreux indicateurs se sont ainsi révélés inutiles, se bornant à signifier de façon binaire l'atteinte d'un jalon de l'action correspondante ou la fourniture d'un livrable associé. Les indicateurs composites de gestion de projet, dont le détail de calcul n'était pas indiqué dans le COP, n'étaient quant à eux pas auditable, faute de précision suffisante du mode de calcul sous-jacent, laissé à la main de l'agence. Enfin, les rares indicateurs de performance chiffrés ont rarement été fournis, certains demandant la construction d'un dispositif de mesure non mis en place. L'élaboration du nouveau COP devrait être l'occasion de construire des indicateurs pertinents, limités aux actions pour lesquelles une donnée quantitative existante permet de mesurer le résultat obtenu au regard de l'objectif fixé.

**Recommandation n°20** Limiter les indicateurs du COP à des indicateurs de résultats s'appuyant sur des données disponibles, selon un mode de calcul explicite.

Laurent GRATIEUX

Julien ROUSSELON



## LISTE DES ANNEXES

- ANNEXE 1 : Bilan Du Contrat d'objectifs et de performance 2018-2021 de l'agence nationale du developpement professionnel continu
- ANNEXE 2 : Missions, métiers, organisation et moyens de l'ANDPC
- ANNEXE 3 : La gouvernance du DPC et de l'ANDPC
- ANNEXE 4 : La stratégie de déploiement du DPC
- ANNEXE 5 : La régulation de l'offre de DPC
- ANNEXE 6 : Les systèmes d'information de l'ANDPC

# LISTE DES PERSONNES RENCONTREES

## 1 Cabinets ministériels

### 1.1 Cabinet du ministre des Solidarités et de la Santé

Antoine Magnan, Conseiller médical, enseignement supérieur et recherche

Sandrine Williaume, Conseillère

### 1.2 Cabinet de la ministre déléguée à l'organisation territoriale et aux professions de santé

Isabelle Epailard, Directrice du cabinet

Sophie Augros, Conseillère médicale chargée des questions d'organisation et d'exercice des professions de santé

Angèle Malâtre, Conseillère "Innovation et prospection territoriale"

## 2 Directions d'administration centrale

### 2.1 Direction générale de l'offre de soins (DGOS)

Cécile Lambert, Cheffe de service

Philippe Charpentier, Sous-directeur des ressources humaines du système de santé

Marc Reynier, Adjoint au sous-directeur des ressources humaines du système de santé

Sophie Alleaume, Cheffe du projet formation continue des professionnels de santé

Marie-Laure Bellengier-Guillo, Cheffe du projet certification périodique des professionnels de santé

Arnaud Gauthier, Sous-directeur de la stratégie et des ressources

Sandrine Pautot, adjointe au sous-directeur de la stratégie et des ressources

Sophie Maupilier, Cheffe du bureau synthèse stratégique et appui au pilotage

### 2.2 Direction de la sécurité sociale (DSS)

Delphine Champetier, Cheffe de service

Ursula Nicolai, Adjointe au chef du bureau des relations avec les professions de santé

## 2.3 Direction générale de la cohésion sociale (DGCS)

Jean-Robert Jourdan, Sous-directeur « Professions sociales, emploi et territoires »

Nathalie Dutheil, Adjointe au chef du bureau « Prévention perte d'autonomie et parcours de vie des personnes âgées »

## 2.4 Délégation générale à l'emploi et à la formation professionnelle (DGEFP)

Stéphane Rémy, Sous-directeur des politiques de formation et du contrôle

Natacha Djani, cheffe de la mission droit et financement de la formation

## 2.5 Contrôle général économique et financier (CGEFI)

Sophie Galey-Leruste, Responsable de la mission Santé

Bruno Goguel, Contrôleur financier

# 3 ANDPC

## 3.1 Instances de l'agence

Eric Haushalter, Président du GIP

Bernard Ortolan, Président du HCDPC

Edouard Couty, Président du comité d'éthique

Christian Bianchi, Président de la CSI des médecins

Michel Brazier, Président de la CSI des pharmaciens

Stéphane Fabri, Président de la CSI des professions paramédicales

Didier Griffiths, Président de la CSI des chirurgiens-dentistes

Marie-Cécile Moulinier, Présidente de la CSI des sage-femmes

Bernard Nemitz, Président de la CSI interprofessionnelle

Dominique Porquet, Vice-président de la CSI des biologistes

Pascale Lejeune, Vice-présidente du conseil de gestion, section professionnelle des infirmiers

Alexandre Akli, section professionnelle des pédicures-podologues

Philippe Denry, section professionnelle des pharmaciens

Véronique Dissat, section professionnelle des orthoptistes

Nathalie Fayoux, section professionnelle des sage-femmes

Corinne Friche, section professionnelle des masseurs-kinésithérapeutes

Aurélié Josse, section professionnelle des orthophonistes

Eric Perchicot, section professionnelle des médecins

(représentant de la section professionnelle des biologistes absent du fait d'un conflit d'agenda)

## 3.2 Direction et services

### 3.2.1 Direction générale

Michèle Lenoir-Salfati, Directrice générale

Olivier Damany, Chef du service des systèmes d'information

Jean-Michel Bernical, Service AMOA

Carine Potard, Service AMOA

Marie-Ange Larreur, Cheffe du service affaires juridiques et contrôles

James Chapert-Meisse, Service affaires juridiques et contrôles

Yannick Porchet, Chef du service des relations avec les usagers

### 3.2.2 Direction du développement et de la qualité du DPC

Jean-Philippe Natali, Directeur du développement et de la qualité du DPC

Sabine Cohen-Hygounenc, Adjointe au directeur, cheffe du service développement, accompagnement et promotion du DPC

Magali Guillemot, Cheffe du service qualité de l'offre de DPC

### 3.2.3 Direction Administrative et financière et des Opérations de DPC

Béatrice Rolland, Directrice administrative et financière et des opérations de DPC

Céline Legoubey, Adjointe à la directrice, cheffe du service Budget et opérations financières et de DPC

Gaëlle Joseph, Cheffe du service achats et marché

Caroline Pop, Cheffe du service ressources humaines

Zarinah Jeeawoody, Service statistiques et analyses

Benjamin Guenassia, Service statistiques et analyses

### 3.2.4 Agence comptable

Marc Scholler, Agent comptable



Diane-Elise Soule, Cheffe du service comptabilité, contrôle et paiement de l'agence comptable

## 4 Autres organismes publics

### 4.1 ANS

Annie Prévot, Directrice

Laurent Joubert, Directeur des opérations

Jérôme Wojciekowski, Directeur du programme de certification

### 4.2 CNAM

Marguerite Cazeneuve, Directrice déléguée à la gestion et à l'organisation des soins

Artus de Cormis, Directeur de cabinet de la directrice déléguée

Julie Pougheon, Directrice de l'offre de soins

Marc Scholler, Directeur délégué de l'audit, des finances et de la lutte contre la fraude

### 4.3 HAS

Dominique Le Guludec, Présidente

Fabienne Bartoli, Directrice générale

Alexandre Fonty, Directeur de cabinet

Dr. Pierre Gabach, Adjoint à la Direction de l'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité de Soins,  
Chef du service « bonnes pratiques »

Dr. Marie-José Moquet, adjointe au chef du service « bonnes pratiques »

Laetitia May-Michelangeli, Cheffe du service « Evaluation et outils pour la qualité et la sécurité des soins »

## 5 Ordres professionnels

### 5.1 Ordre des chirurgiens-dentistes

Dr. Philippe Pommarède, Président

Sylvie Germani, Directrice des affaires juridiques et institutionnelles

S. Petrea, Juriste



## 5.2 Ordre des infirmiers

Patrick Chamboredon, Président

## 5.3 Ordre des médecins

Dr. Henri Foulques, Président de la section formation et compétences médicales

Dr. Frédéric Joly, Secrétaire général adjoint

Adam Tornay, Responsable de la Section Formation et Compétences Médicales

Victoria Christophorov, Conseillère juridique

Coralie Jorieux, Juriste

## 5.4 Ordre des masseurs-kinésithérapeutes

Pascale Mathieu, Présidente

Michel Arnal, Vice-président et représentant de l'ordre à la CSI des professions paramédicales

Jean-François Dumas, Secrétaire général

## 5.5 Ordre des pédicures podologues

Eric Prou, Président

Camille Cochet, Directrice générale

Guillaume Brouard, Secrétaire général

Hélène Muniak, Directrice des systèmes d'information

## 5.6 Ordre des pharmaciens

Carine Wolf-Thal, Présidente

Julien Fonsart, VP de la section Pharmaciens biologistes médicaux (G)

Véronique Perrin, Directrice de l'exercice professionnel + chargé de mission

## 5.7 Ordre des sage-femmes

Isabelle Derrendinger, Présidente

Marianne Benoît Truong Canh, Secrétaire Générale

David Meyer, Chef de cabinet

## 6 Conseils nationaux professionnels (CNP) et structures fédératives

### 6.1 Fédération des spécialités médicales (FSM)

Olivier Goëau-Brissonnière, Président

Valérie Le Borgne, Déléguée générale

Francis Dujarric, stomatologiste maxillo-facial

Philippe Orcel, rhumatologue

### 6.2 Collège de médecine générale (CMG)

Paul Frappé, Président

### 6.3 CNP des aides-soignants

Carole Gauvrit, Présidente

Michel Joubard, Vice-président

Arlette Schuler, Secrétaire

### 6.4 CNP des ergothérapeutes

Barbara Joannot, Présidente

Nicolas Biard, Administrateur

Pascaline Fradelizi, Administratrice

Virginie Vagny, Administratrice

### 6.5 CNP du grand appareillage médical

Philippe Izard, Président, orthoprothésiste et Directeur de Réseau France - PROTEOR

Marielle Dufaure, Secrétaire générale, déléguée générale de la fédération des podio-orthésistes

Jean-Christophe Béné, Vice-président, orthésiste

### 6.6 CNP infirmier

Evelyne Malaquin-Pavan, Présidente

Thierry Amouroux, Vice-président

Sylvie Magne, Secrétaire

Gilberte Hue, Administratrice

Maxence Gal, Administrateur

Nadine Rauch, Administratrice

Annick Perrin-Niquet, Administratrice

## 6.7 CNP des infirmiers puériculteurs

Charles Eury, Président

Elisa Guise, Présidente de la Société de Recherche des infirmières puéricultrices

## 6.8 CNP des masseurs kinésithérapeutes

Félix Faber, Vice-président à la certification périodique

## 6.9 CNP des pédicures-podologues

Dominique Rouland, Présidente

## 6.10 CNP de la *pharmacie* d'officine et de la *pharmacie* hospitalière

Dr. Jocelyne Wittevrongel, Présidente

Dr. Mariannick Le Bot, Secrétaire générale

Dr. Marie-José Augé-Caumon, Trésorière

Antoine Dupuis, membre

Antoine Soula, chargé de mission

## 6.11 CNP des sage-femmes

Sabine Paysant, Présidente

Karine Polzin, Trésorière

Yvette Wallerich, coordinatrice du groupe de travail DPC et certification périodique

## 6.12 CNP des techniciens de laboratoire

Myriam Delvigne, Présidente

## **7 Fédérations d'employeurs de professionnels de santé**

### **7.1 FEHAP**

Virginie Preyssas, Chargée de projets emploi formation

Nicolas Villenet, Médecin-conseil de la fédération

### **7.2 FHF**

Sophie Marchandet, Responsable du pôle « ressources humaines hospitalières »

Quentin Henaff, Responsable adjoint du pôle « ressources humaines hospitalières »

### **7.3 FHP**

Christine Schibler, Déléguée générale

Fabienne Seguenot, Directrice des relations sociales et des ressources humaines

### **7.4 FNCS**

Alain Beaupin, Président

Eric May, Président de la fédération nationale de formation des centres de santé

Dominique Dupont, Conseiller technique

### **7.5 Synerpa**

Justin de Bailliencourt, Directeur des opérations et de la coordination

Marjorie Lechelle, responsable du pôle social

Christophe Guillery, responsable de la formation du groupe Korian

## **8 Financeurs de la formation (hors ANDPC)**

### **8.1 ANFH**

Bertrand Longuet, Directeur général

Pierre de Montalembert, Directeur général adjoint

Céline Blondiau, Présidente

Céline Dugast, Vice-présidente

Dr Jean-Marie Woehl, Vice-président du Conseil du DPC Médical Hospitalier (CDPCMH)

## 8.2 CNFPT

Nathalie Robichon, Cheffe du service Santé Publique de l'Institut National Spécialisé d'Etudes Territoriales d'Angers

## 8.3 FAF-PM

Charles-Henry Guez, Président

Céline Simon-Goffic, Directrice administrative

Claude Bronner, Vice-président

Jean-Claude Soulary, Vice-président

Bernard Pledran, Trésorier

Philippe Despierre, Secrétaire général

## 8.4 FIF-PL

Philippe Denry, Président

Philippe Laloum, Directeur général

Julie Quach, Directrice d'exploitation

## 8.5 OPCO Santé

Eric Deniset, Président

Jean-Pierre Mercier, Vice-président

Jean-Pierre Delfino, Directeur général

# 9 Organismes de développement professionnel continu

## 9.1 AP-HP

Emmanuel Raison, Adjoint à la DRH de l'AP-HP

Florian Taysse, Directeur du département attractivité et pilotage RH



## 9.2 Centre hospitalier intercommunal de Créteil (CHIC)

Aurélien Stival, Directeur des ressources humaines

Charlotte Manière, responsable du centre de formation de Créteil-Villeneuve-Saint-Georges

Vanessa Peaudecerf, responsable de la formation du GHT

## 9.3 Centre psychothérapique de l'Ain

Sophie Ressouche, responsable de la formation

## 9.4 CHU de Bordeaux

Perrine Cainne, Directrice de l'organisation, de l'attractivité et de la fidélisation au pôle RH

Florence Saillour, Praticien hospitalier, Responsable de l'unité méthodes d'évaluation en santé

Karelle Chantry, Responsable de l'unité formation au sein de la Direction de l'organisation

Géraldine Censullo, Responsable pédagogique

Cécile Gouspy, Directrice de l'IMS Académie (centre de formation du CHU)

Ghislaine Lasserre, Responsable pédagogique

Emilie Bouny, Chargée de formation

## 9.5 Evimeria

Véronique Segria, formateur indépendant

## 9.6 Fédération Connexion santé

(outre des représentants d'Orion Santé, cf. infra)

Christian Jeambrun, Directeur général Gema formation

François L'Henaff, Président du collège des hautes études en médecine (CHEM)

Jean-Sébastien Guillerez, Directeur du CHEM

## 9.7 Fondation ARHM

Florence Peillon, Responsable formation

## 9.8 Groupe Elsan

Emmanuel Dechirot, Directeur des ressources humaines

Juliette Laly, Responsable des formations et de l'université Elsan

Myriam Combes, Directrice de la stratégie et des relations médicales

## 9.9 Groupe Korian

Christophe Guillery, Directeur formation et alternance

## 9.10 Groupe Ramsay

Bouchra Benzahra, responsable formation groupe

## 9.11 Institut de formation Antoine Bertin

Karine Gernelle, Directrice qualité

Béatrice Lufeaux, responsable de la formation

## 9.12 Neurodev

Isabelle Letombe, Directrice

Amélie Turpin, Responsable formation

## 9.13 Orion Santé

Marcel Affergan, Président

Robin Affergan, Directeur général

Corine Soudan, Directrice pédagogique

## 9.14 Université Claude Bernard

Karine Lepetit, Directrice du service de formation continue

Emilie Aubertin, Responsable Diplômes en Santé

Carine Dulac, Responsable formations qualifiantes

Audrey Fay, Gestionnaire de formations

## 10 Autres organismes, experts

### 10.1 Conférence nationale des DG de CHU

Anne Costa, Responsable de la commission qualité

Jean Petit, Coordinateur de la commission qualité

Michael Battesti, Représentant de la commission affaires médicales

Pauline Robineau, Représentante de la commission affaires médicales

Michaël Galy, Hôpitaux universitaires de Strasbourg

Alexandre Fournier, Secrétaire général

### 10.2 MACSF

Nicolas Gombault, Directeur général délégué

Luc Romanillos, Directeur Produits/Partenariats/Conseil et Souscription

### 10.3 Autres personnalités

Lionel Collet, Président du conseil national de la certification périodique

Muriel Mathonnet, Membre de la conférence des présidents de CME de CHU, Présidente de la Commission médicale d'établissement du CHU de Limoges

# LETTRE DE MISSION



**MINISTÈRE  
DE LA SANTÉ  
ET DE LA PRÉVENTION**

*Liberté  
Égalité  
Fraternité*

Le Ministre

Paris, le

**18 AOUT 2022**

Nos Réf : CAB/DGOS-SR/D-22-016111

## NOTE

A l'attention de Monsieur Thomas AUDIGÉ,  
Chef du service de l'Inspection générale des affaires sociales

**OBJET :** Mission d'évaluation de l'Agence nationale du développement professionnel continu (ANDPC)

Instituée par la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, l'Agence nationale du développement professionnel continu a remplacé au 1<sup>er</sup> juillet 2016 l'Organisme gestionnaire du développement professionnel continu (DPC) dont elle a repris la forme d'un groupement d'intérêt public réunissant l'Etat et l'Assurance-Maladie. Elle assure la double mission de piloter et promouvoir le DPC pour l'ensemble des professionnels de santé d'une part, et d'assurer le financement du DPC pour les seuls professionnels de santé libéraux ou salariés des centres de santé conventionnés d'autre part. Elle contribue au financement d'actions de DPC s'inscrivant dans le cadre des orientations pluriannuelles prioritaires définies à l'article L.4021-2 du code de la santé publique.

Le développement professionnel continu se distingue, selon le législateur, de la formation continue par ses objectifs, qui allient actualisation des connaissances et des compétences à une démarche d'amélioration des pratiques, tel que précisé à l'article L. 4021-1 du code de la santé publique. En ce sens, le développement professionnel continu est l'héritier de la formation médicale continue et des obligations du code de déontologie, tout en étant porteur d'une dimension d'évaluation des pratiques professionnelles.

Les missions de l'Agence s'exercent au cœur d'un enjeu de santé publique majeur : il s'agit de mettre en œuvre une obligation centrale des professionnels de santé, qui est d'entretenir et de perfectionner leurs compétences et connaissances, afin d'être en permanence en capacité d'apporter aux patients une prise en charge de qualité. Une obligation conventionnelle puis législative pour les professionnels de santé avait alors remplacé une obligation déontologique non vérifiée.

Monsieur Thomas AUDIGÉ  
Inspection générale des affaires sociales (IGAS)  
Chef du service de l'Inspection générale des affaires sociales  
39-43, quai André Citroën  
75739 Paris Cedex 15

Tel : 01 40 55 50 03  
11 avenue Duquesne - 75120 PARIS CEDEX 08

La traitement de vos données est nécessaire à la gestion de votre demande et entre dans le cadre des missions confiées aux ministères sociaux.  
Conformément au règlement général sur la protection des données (RGPD), vous pouvez exercer vos droits à l'adresse [ddc-rapd-cab@ddc-social.gouv.fr](mailto:ddc-rapd-cab@ddc-social.gouv.fr) ou par voie postale.  
Pour en savoir plus : <https://solidarites-sante.gouv.fr/ministere/article/donnees-personnelles-et-cookies>

Sur le fondement de l'article L.111-3 du code des juridictions financières, la Cour des comptes a procédé en 2018 au contrôle de l'ANDPC. La Cour avait alors fait état de dysfonctionnements dans le pilotage et le financement du DPC, auxquels l'Agence et la tutelle se sont efforcés d'apporter des réponses correctives :

- une mobilisation maintenue pour assurer la qualité de l'offre : l'Agence continue à se mobiliser en faveur d'une assurance qualité du DPC via le déploiement d'un plan de mise sous assurance et de contrôle qualité. En complément du dispositif de signalement par les professionnels de santé, du contrôle qualité avant publication et des évaluations pédagogiques et scientifiques opérées par les commissions scientifiques indépendantes, l'Agence a poursuivi la mise en œuvre de la procédure de désenregistrement des organismes ne répondant plus aux critères qualité ou pour lesquels l'Agence a pu mettre en évidence une fraude avérée.

- Au-delà du dispositif de droit commun, l'Agence a également poursuivi la diversification de ses modes d'intervention en mettant en œuvre des procédures de sélection de l'offre par appels d'offres ou appels à projets pour susciter ou encadrer l'offre sur des thématiques de santé publique prioritaires, sur saisine du Ministre en charge de la santé.

- Le déploiement du document de traçabilité et la mise à disposition des données du DPC aux différentes parties prenantes : le document de traçabilité permettant aux professionnels de santé de rendre compte de leur validation d'obligation de DPC a été ouvert à compter de juillet 2020. Ce document hébergé sur le site de l'Agence centralise, sous forme dématérialisée et sécurisée, l'ensemble des actions de DPC suivies par chaque professionnel de santé quel que soit son statut ou sa profession.

Tout au long des années 2020 et 2021, l'Agence nationale du DPC a réussi à garantir la continuité de service auprès de ses partenaires pendant la période de confinement liée à la Covid-19 : les missions d'enregistrement, de contrôle qualité de 1er niveau et de prise en charge des engagements DPC des professionnels de santé libéraux ou salariés de centres de santé conventionnés ont été maintenues.

Alors que le contrat d'objectifs et de performance a pris fin, que la gouvernance de l'Agence est reconduite, et préalablement à l'élaboration d'un nouveau COP dont la temporalité sera portée à 5 ans pour couvrir la période 2023-2027, l'Agence nationale du développement professionnel continu fait face à plusieurs interrogations qui nécessiteraient la conduite d'une mission d'inspection portant sur trois volets :

#### I- Le bilan du COP 2018-2021

Les quatre axes du premier contrat d'objectifs et de performance conclu entre l'Etat et l'Agence pour la période 2018-2021 s'inscrivaient dans le cadre de la stratégie nationale de santé adoptée sur cette période. Ils traduisaient une exigence forte et partagée d'expertise, d'éthique et d'innovation attendue de l'ensemble des acteurs du DPC :

- promouvoir la qualité des actions de DPC et améliorer la qualité des services rendus aux professionnels de santé et aux organismes de DPC ;
- contribuer au développement du DPC et évaluer son impact sur la qualité et la sécurité des soins ;
- mettre en œuvre un système d'information structuré, efficient et sécurisé ;
- maîtriser les risques et développer la performance et l'efficience.

#### II- La prise en compte du rapport de la Cour des comptes du 12 mars 2019 et du référé du 15 avril 2019

- définition et périmètre du DPC, quant aux orientations prioritaires qui, comme le soulignait la Cour des Comptes, « permettent de différencier le DPC de la formation continue et légitimer l'existence d'un financement par l'Assurance-maladie » ;

- évaluation de l'organisation dite « en guichet » suite à l'application de la Directive du 12 décembre 2006 relative aux services dans le marché intérieur (Directive dite Bolkenstein), et la nécessaire garantie de qualité dont l'Agence est la garante et sa compatibilité avec un cadre budgétaire contraint ;



- évaluation des dispositifs de contrôle mis en place par l'Agence afin d'aller au-delà du financement lié à l'organisation « en guichet ».

III- Le positionnement et l'articulation de l'agence avec les autres acteurs qui contribuent au maintien et développement des connaissances et compétences des professionnels de santé

- le positionnement de l'Agence, notamment sur le secteur salarié, en situation de concurrence avec d'autres opérateurs (OPCO Santé, ANFH, FSM) ;
- son articulation avec la Haute Autorité de Santé s'agissant de l'élaboration des référentiels d'évaluation des pratiques professionnelles et la validation des actions relatives à la gestion des risques.

Ces interrogations s'inscrivent dans un environnement en mutation, à plus de dix ans de la création du DPC par la loi 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

Le renouvellement de la convention d'objectifs et de gestion avec la CNAM est attendu au 1<sup>er</sup> trimestre 2023. A ce jour, la budgétisation triennale du DPC indexée sur l'ONDAM s'élève à plus de 200 M€ par an.

Ce renouvellement de la COG interviendra concomitamment au renforcement de la place du DPC - et de l'Agence - dans le déploiement de la certification périodique des professionnels de santé à ordre, dont un prochain projet de décret en Conseil d'Etat sur le périmètre et le contenu d'un programme minimal d'actions est attendu pour l'été prochain.

Pour la conduite de cette mission, l'IGAS pourra s'appuyer sur les services du secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales, de la direction générale de l'offre de soins, de la direction générale de la cohésion sociale et de la direction de la sécurité sociale. Elle se rapprochera également de l'ensemble des administrations et institutions concernées ainsi que des partenaires et usagers de l'ANDPC.

Je souhaiterais disposer des conclusions de la mission que vous mènerez pour la fin du deuxième semestre 2022 afin que les recommandations puissent également venir en appui à l'élaboration du prochain COP 2023-2027.



**François BRAUN**

Copies :

- Mme Nicole Da Costa, secrétaire générale par intérim des ministères chargés des affaires sociales
- Mme Cécile Lambert, directrice générale de l'offre de soins par intérim
- M. Franck Von Lennep, directeur de la sécurité sociale
- M. Jean-Benoît Dujol, directeur général de la cohésion sociale

