



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



Tome 2 : Annexes



Laurent GRATIEUX

Julien ROUSSELON

Membres de l'inspection générale des affaires sociales

SOMMAIRE

ANNEXE 1 :	BILAN DU CONTRAT D'OBJECTIFS ET DE PERFORMANCE 2018-2021 DE L'AGENCE NATIONALE DU DEVELOPPEMENT PROFESSIONNEL CONTINU	3
ANNEXE 2 :	MISSIONS, METIERS, ORGANISATION ET MOYENS DE L'ANDPC.....	63
ANNEXE 3 :	LA GOUVERNANCE DU DPC ET DE L'ANDPC.....	101
ANNEXE 4 :	LA STRATEGIE DE DEPLOIEMENT DU DPC	141
ANNEXE 5 :	LA REGULATION DE L'OFFRE DE DPC	215
ANNEXE 6 :	LES SYSTEMES D'INFORMATION DE L'ANDPC	258

ANNEXE 1 : Bilan du contrat d'objectifs et de performance 2018-2021 de l'agence nationale du développement professionnel continu

SOMMAIRE

1	BILAN DE L'AXE 1 : PROMOUVOIR LA QUALITE DES ACTIONS DE DPC ET AMELIORER LA QUALITE DES SERVICES RENDUS AUX PROFESSIONNELS DE SANTE ET AUX ODPC	7
1.1	OBJECTIF 1.1 : POURSUIVRE LA MISE SOUS ASSURANCE-QUALITE DE L'OFFRE DE DPC	8
1.1.1	<i>Action 1.1.1 : Réviser annuellement le plan de contrôle qualité en fonction des retours d'expérience</i>	9
1.1.2	<i>Action 1.1.2 : Développer les évaluations des actions de DPC par les CSI.....</i>	11
1.1.3	<i>Action 1.1.3 : Mettre en œuvre un contrôle a posteriori via un système de signalement.....</i>	13
1.2	OBJECTIF 1.2 : AMELIORER LA QUALITE DES SERVICES RENDUS AUX ODPC ET AUX PROFESSIONNELS DE SANTE.....	14
1.2.1	<i>Action 1.2.1 : Construire une plateforme dédiée à la relation fournisseurs-clients (ODPC, PS).....</i>	14
1.2.2	<i>Action 1.2.2 : Simplifier et stabiliser les procédures à respecter par les ODPC et les professionnels de santé.....</i>	17
1.2.3	<i>Action 1.2.3 : Respecter les délais réglementaires de paiement des factures.....</i>	18
2	BILAN DE L'AXE 2 : CONTRIBUER AU DEVELOPPEMENT DU DPC ET EVALUER SON IMPACT SUR LA QUALITE ET LA SECURITE DES SOINS	19
2.1	OBJECTIF 2.1 ET ACTION 2.1.1 : DEFINIR UNE STRATEGIE TRIENNALE DE PRISE EN CHARGE DES ACTIONS DE DPC EN COHERENCE AVEC LES RESSOURCES DE L'AGENCE ET ADAPTER LES STRATEGIES DE CONSTRUCTION BUDGETAIRE POUR OPTIMISER L'ALLOCATION DES FONDS.....	20
2.2	OBJECTIF 2.2 : CONDUIRE EN LIEN AVEC LE HAUT CONSEIL DU DPC ET LES PARTIES PRENANTES LES TRAVAUX DE DEVELOPPEMENT DU DPC.....	23
2.2.1	<i>Action 2.2.1 : Valoriser et promouvoir les actions de DPC innovantes, les actions différenciées selon le stade de la carrière et les actions pluri professionnelles.....</i>	24
2.2.2	<i>Action 2.2.2 : Développer les partenariats et poursuivre la montée en charge du parangonnage européen et international</i>	25
2.2.3	<i>Action 2.2.3 : Intégrer l'expérience patient et le patient formateur dans la construction de l'offre de DPC</i>	25
2.2.4	<i>Action 2.2.4 : Accompagner les enjeux de la stratégie nationale de santé (prévention, qualité et pertinence, innovation, ..).....</i>	26
2.3	OBJECTIF 2.3 : PROMOUVOIR LE DPC	27
2.3.1	<i>Action 2.3.1 : Mettre en place un baromètre d'image sur le dispositif du DPC et l'Agence</i>	28
2.3.2	<i>Action 2.3.2 : Formaliser une stratégie de communication</i>	29
2.3.3	<i>Action 2.3.3 : Valoriser les travaux réalisés :</i>	29

2.3.4	Action 2.3.4 : Améliorer l'ergonomie globale du système d'information	30
2.4	OBJECTIF 2.4 : CONTRIBUER AVEC LE HAUT CONSEIL DU DPC ET LES PARTIES PRENANTES AUX TRAVAUX D'ÉVALUATION DE L'IMPACT DU DPC SUR LA QUALITE ET LA SECURITE DES SOINS	30
2.4.1	Actions 2.4.1 et 2.4.2 : Définir en concertation avec les parties prenantes les axes prioritaires sur lesquels portera l'évaluation d'impact du DPC, et passer un marché de prestation intellectuelle pour définir la méthodologie d'évaluation	31
2.5	OBJECTIF 2.5 ET ACTION 2.5.1 : METTRE EN ŒUVRE DES MARCHES DE PRESTATIONS DE DPC POUR DES THEMATIQUES DEFINIES PAR LE MINISTRE CHARGE DE LA SANTE ET PASSER CES MARCHES DE PRESTATIONS EN CONCERTATION AVEC LES PROFESSIONS DE SANTE	32
3	BILAN DE L'AXE 3 : METTRE EN ŒUVRE UN SYSTEME D'INFORMATION STRUCTURE, EFFICIENT ET SECURISE	34
3.1	OBJECTIF 3.1 : AMELIORER LA PERFORMANCE DU SYSTEME D'INFORMATION	35
3.1.1	Action 3.1.1 : Finaliser les développements de court terme nécessaires à la gestion du DPC et au fonctionnement de l'Agence.....	36
3.1.2	Action 3.1.2 : Elaborer un schéma directeur des systèmes d'information.....	37
3.1.3	Action 3.1.3 : Renforcer la sécurité en mettant en œuvre un plan de continuité de service ..	38
3.2	OBJECTIF 3.2 : METTRE A DISPOSITION LES DONNEES DU DPC	39
3.2.1	Action 3.2.1 : Définir les conditions d'accès par des tiers aux données anonymisées des parcours individuels de DPC à des fins statistiques	40
3.2.2	Action 3.2.2 : Définir les conditions d'accès réciproques aux données du DPC	41
4	BILAN DE L'AXE 4 : MAITRISER LES RISQUES ET DEVELOPPER LA PERFORMANCE ET L'EFFICIENCE	42
4.1	OBJECTIF 4.1 : IDENTIFIER LES RISQUES PAR PROCESSUS.....	43
4.1.1	Action 4.1.1 : Elaborer une cartographie des processus et des risques	44
4.1.2	Action 4.1.2 : Poursuivre le développement du contrôle interne	45
4.2	OBJECTIF 4.2 : RENFORCER LA FONCTION RH	46
4.2.1	Action 4.2.1 : Maîtriser la masse salariale de l'Agence	46
4.2.2	Action 4.2.2 : Réviser le système d'indemnisation des membres des instances	47
4.2.3	Action 4.2.3 : Etablir un bilan social annuel	48
4.3	OBJECTIF 4.3 : POURSUIVRE LES TRAVAUX RELATIFS A L'EFFICIENCE DU FONCTIONNEMENT DE L'AGENCE ET DES OPERATIONS DE DPC	49
4.3.1	Action 4.3.1 : Finaliser la charte d'éthique et s'assurer de sa mise en œuvre (instances, personnel de l'Agence, ODPC).....	49
4.3.2	Action 4.3.2 : Poursuivre les travaux menés sur l'évolution des forfaits des ODPC au regard du coût des actions et de l'indemnisation des professionnels de santé	51
4.3.3	Action 4.3.3 : Lancer une étude de coût des actions de DPC et des modalités de valorisation des actions innovantes	54
4.3.4	Action 4.3.4 : Mettre en place un contrôle de gestion et une comptabilité analytique.....	56
5	LE COP 2018-2020 PROLONGE D'UN AN N'A PAS REPRESENTE UN INSTRUMENT STRUCTURANT DE LA RELATION ENTRE L'ANDPC ET SES TUTELLES	56
5.1	LE BILAN D'ENSEMBLE DU COP MET EN EVIDENCE UN RETARD IMPORTANT DANS LA REALISATION DES ACTIONS QUI N'EST IMPUTABLE QUE PARTIELLEMENT A LA CRISE SANITAIRE	56
5.2	LE CALENDRIER EVOLUTIF DU COP ET DE SON SUIVI ONT LIMITE SON USAGE COMME OUTIL DE PILOTAGE INTERNE ET EXTERNE.....	59
5.2.1	Le dispositif de suivi du COP prévu a été respecté pour les trois premières années	59

RAPPORT IGAS N°2022-077R – TOME 2 ANNEXES

5.2.2	<i>La signature tardive du COP puis l'attention portée à partir de 2020 à l'élaboration d'un projet d'avenant, au contenu finalement en-deçà des ambitions initiales, ont toutefois limité la portée du dialogue de gestion</i>	<i>60</i>
5.2.3	<i>Les indicateurs du COP n'ont pas réellement apporté d'information supplémentaire par rapport au bilan des actions</i>	<i>61</i>

[1] Le premier contrat d'objectifs et de performance (COP) de l'agence nationale du développement professionnel continu (ANDPC) a été signé le 4 janvier 2019 par le président et la directrice générale de l'agence, les quatre directeurs d'administration centrale membres de l'assemblée générale du GIP (DGOS, DSS, DGS et DGCS) et le directeur général de l'Uncam. Il portait initialement sur la période 2018-2020 mais sa durée a été prolongée d'un an par un avenant du 9 mai 2021. Cet avenant n'a pas modifié le contenu du contrat mais a ajouté un indicateur portant sur la maîtrise de la masse salariale (cf. *infra* 4.2).

[2] Le COP assigne à l'ANDPC cinq objectifs prioritaires :

- consolider les acquis de la réforme du développement professionnel continu (DPC) issus de la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 et les textes pris pour son application ;
- contribuer à l'élaboration des nouvelles orientations prioritaires pluriannuelles pour la période 2019-2022 ;
- contribuer à un meilleur déploiement du DPC au sein des établissements de santé et médico-sociaux ;
- coordonner la réflexion des acteurs de la santé sur la structuration d'une offre de DPC adaptée aux enjeux de la stratégie de transformation du système de santé ;
- adapter progressivement les forfaits de prise en charge financière du DPC des libéraux.

[3] Ces objectifs sont ventilés dans les quatre axes stratégiques, déclinés en 12 objectifs et 32 actions, qui structurent le COP :

- axe 1 : promouvoir la qualité des actions de DPC et améliorer la qualité des services rendus aux professionnels de santé et aux organismes de DPC ;
- axe 2 : contribuer au développement du DPC et évaluer son impact sur la qualité et la sécurité des soins ;
- axe 3 : mettre en œuvre un système d'information structuré, efficient et sécurisé ;
- axe 4 : maîtriser les risques et développer la performance et l'efficience ;

[4] A ces objectifs et actions sont associés 30 indicateurs visant à mesurer l'avancement des travaux et les résultats obtenus.

[5] Cette annexe vise à faire le bilan, axe par axe, de la mise en œuvre du COP. Elle s'appuie sur les documents produits par l'agence et les comptes rendus des réunions entre l'agence et ses tutelles dans le cadre du dispositif de suivi défini par le contrat. Ces documents ont été complétés par des échanges entre la mission, l'agence et les autres signataires du contrat pour préciser ou vérifier certains constats. L'analyse par axe est complétée par des éléments de synthèse sur l'utilité du COP en tant qu'outil de pilotage de l'action de l'agence et la pertinence des indicateurs retenus.

1 Bilan de l'axe 1 : Promouvoir la qualité des actions de DPC et améliorer la qualité des services rendus aux professionnels de santé et aux ODPC

[6] Ce premier axe stratégique visait à ce que l'agence mette en œuvre une démarche de qualité globale et structurée incluant les contrôles a priori et a posteriori ainsi que l'évaluation des organismes et des actions.

[7] Le COP de l'agence indique que cette politique de « qualité du DPC » se déploie sur trois niveaux complémentaires :

- l'évaluation des organismes et des actions de DPC par l'Agence, au travers d'un contrôle administratif a priori des structures souhaitant concourir à l'offre de DPC ;
- l'évaluation des actions de DPC déposées sur le site internet de l'Agence (notamment leur conformité aux orientations prioritaires et aux conditions légales d'exercice) ;
- le contrôle scientifique et pédagogique des actions de DPC par les membres des CSI à partir d'un système d'échantillonnage.

[8] Le texte du COP pâtit d'un manque de rigueur dans l'utilisation respective des termes « contrôle » et « évaluation » : ainsi, s'agissant de la conformité des actions « aux orientations prioritaires et aux conditions légales d'exercice », il s'agit d'un contrôle de conformité préalable à la publication des actions, et non d'une « évaluation ». L'agence a d'ailleurs proposé une clarification des termes dans ses propositions de modification du décret.

[9] L'article D. 4021-2 du CSP dispose par ailleurs que « les conseils nationaux professionnels apportent leur concours aux instances de l'agence (...), notamment pour la définition des critères d'évaluation des actions (...) et l'élaboration des plans de contrôle annuel des actions », même si la détermination de ces critères relève in fine du Haut Conseil du développement professionnel continu (R. 4021-11 II 3), qui s'appuie aussi sur les commissions scientifiques indépendantes chargées de l'évaluation elle-même (R. 4021-13 III). Le Haut Conseil est par ailleurs chargé de « proposer le plan national annuel de contrôle des organismes, des structures et des actions de développement professionnel continu » (R. 4021-11 II 4). L'agence a souligné que ni les CNP ni le HCDPC n'ont jamais dans les faits tenu ce rôle.

[10] Le retrait d'enregistrement d'un organisme est possible en vertu du III de l'article R. 4021-25 du CSP, s'il s'avère que la majorité des actions contrôlées au cours des trois derniers mois par les commissions scientifiques indépendantes ne satisfont pas les critères requis, ou en cas de fausses déclarations ou de manœuvres frauduleuses. Dans les cas où les fraudes ne seraient pas détectables sur la seule base des factures traitées par l'agence, celle-ci reste toutefois tributaire des signalements par les professionnels de santé ou par d'autres institutions. L'article R. 4021-24 permet quant à lui un retrait d'enregistrement si l'ODPC n'est plus en capacité de proposer des actions de DPC, ou ne satisfait plus à la condition d'« indépendance à l'égard des entreprises fabriquant ou distribuant des produits de santé ».

[11] La démarche qualité de l'Agence nationale du DPC doit également concerner le service rendu en termes de gestion tant aux professionnels de santé qu'aux organismes de

développement professionnel continu (ODPC) partenaires. Il s'agit notamment d'installer vis-à-vis des ODPC une véritable relation clients-fournisseurs. Les équipes de l'Agence ont donc été chargées de se mobiliser pour mieux connaître leurs attentes et pour y répondre.

A ce premier axe stratégique ont été associés deux objectifs et six actions.

Tableau 1 : bilan synthétique de la réalisation de l'axe 1

Objectifs	Nombre d'actions	Réalisées dans le calendrier fixé	Réalisées avec retard ou partiellement réalisées	Non réalisées ou abandonnées
Objectif 1.1 : Poursuivre la mise sous assurance-qualité de l'offre de DPC	3		3	
Objectif 1.2 : Améliorer la qualité des services rendus aux ODPC et aux professionnels de santé	3	1	1	1
Ensemble	6	1	4	1

Source : mission d'après données ANDPC.

1.1 Objectif 1.1 : Poursuivre la mise sous assurance-qualité de l'offre de DPC

[12] Ce premier objectif visait à développer l'action de l'agence en matière d'évaluation de la qualité des actions et de contrôle des organismes. Il était accompagné de trois indicateurs, un pour chacune des trois actions : le premier, consistant en la production d'un bilan annuel du plan de contrôle, n'a pas été suivi en l'absence de formalisation de ce plan ; les deux autres ont fait l'objet de décisions de modification dans le cadre des dialogues de gestion annuels sur le bilan du COP, qui n'ont toutefois pas donné lieu à la fixation de cibles, et sans que les indicateurs modifiés soient systématiquement calculés.

Tableau 2 : suivi des indicateurs de l'objectif 1.1

Indicateur	2018		2019		2020	
	Cible	Réalisé	Cible	Réalisé	Cible	Réalisé
Présenter un bilan annuel présentés du plan de contrôle au HCDPC et aux tutelles.	bilan annuel		bilan annuel		bilan annuel	
Part des actions contrôlées par les CSI (changé en 2020 par le taux d'évolution du nombre d'actions évaluées)	20 %	18 %	22 %	26 %	25 %	-42 %
Pourcentage de signalements traités (changement en « délai de traitement des signalements » prévu mais non abouti)	100 %	80 %	100 %	77 %	100 %	78 %

Source : ANDPC

1.1.1 Action 1.1.1 : Réviser annuellement le plan de contrôle qualité en fonction des retours d'expérience

Objectif de l'action :

[13] Aux termes du COP, « le plan national annuel de contrôle des actions de développement professionnel continu est défini avec le Haut Conseil du DPC. Il permet à l'Agence de vérifier que les actions de DPC réalisées par les ODPC sont conformes aux critères de qualité retenus. Il contribue à l'amélioration de la qualité de l'offre de DPC en assurant un contrôle administratif¹ et/ou scientifique a posteriori des actions de DPC ».

Etat de la réalisation :

[14] Le texte du COP, en n'évoquant qu'un contrôle des « actions », n'était pas pleinement cohérent avec l'article R. 4021-11 du CSP, qui mentionnait – et mentionne encore - un « plan national annuel de contrôle des organismes, des structures et des actions ». Surtout, la référence à un contrôle non seulement « administratif » mais aussi « scientifique » mêle à des considérations de conformité des enjeux d'évaluation (ces derniers relevant explicitement des CSI, en vertu du III de l'article R. 4021-13 du CSP). Il en résulte un manque de clarté sur l'objet exact dudit plan de contrôle, et donc sur les protagonistes auxquels il s'adresse (instances ou services de l'agence).

[15] Toujours est-il que l'agence a indiqué à la mission que le Haut Conseil « n'a jamais élaboré de plan annuel de contrôle au sens strict », même s'il a validé dans sa séance d'installation en novembre 2016 « les modalités d'échantillonnage » mises en œuvre par l'agence jusqu'à aujourd'hui, avec l'accord du Haut Conseil à qui elle dit en avoir rendu compte régulièrement.

¹ Il s'agit de l'étape généralement qualifiée dans le rapport et ses annexes – en conformité avec l'usage de l'agence - de « contrôle de conformité », parfois dénommée contrôle administratif car elle relève entièrement des services de l'agence contrairement à l'évaluation scientifique et pédagogique qui fait intervenir les instances que sont les CSI.

[16] Le COP ne prévoyait pas l'envoi du plan de contrôle à la tutelle, mais il prévoyait la production de bilans annuels ; en pratique, en l'absence de plan, l'agence s'est contentée de suivre le nombre d'actions « évaluées », et ce sans réaction de la tutelle, ce qui confirme la grande ambiguïté quant à l'objet de ce plan de « contrôle administratif et/ou scientifique ».

[17] Le compte-rendu du comité de pilotage du 04/09/2019 indiquait du reste qu'« à la suite des remarques de la DGOS, l'agence reformulera l'action 1.1.1 afin de tenir compte de l'amendement à la loi OTSS visant à renforcer la mission de contrôle de l'agence et des modifications à venir sur le plan réglementaire » (en écho à ce comité, le compte-rendu de celui du 23 juin 2020 a rappelé que le projet de DCE « est en cours d'examen par la tutelle » et « prévoit notamment des dispositions (...) sur les missions de contrôle de l'ANDPC ».

[18] Ainsi, il est particulièrement difficile de se prononcer sur la réalisation de l'action, du fait de sa non-reformulation, et en l'absence de véritables bilans annuels d'un plan de contrôle (exercice rendu impossible par l'absence de formalisation de ce dernier et qui était déjà compliqué par le manque de clarté sur l'objectif même des bilans).

[19] On peut toutefois noter que les « modalités d'échantillonnage » des actions (pour évaluation) restent assez peu abouties si l'on se fonde sur les récents documents communiqués². La mission constate notamment une absence de réflexion stratégique sur la part respective du tirage aléatoire et des nombreuses sélections ad hoc (« fléchage », par exemple sur signalement ou dans le cadre du III 2° de l'article R. 4021-25 du CSP). Or la question a une certaine acuité eu égard aux enjeux de capacité d'absorption de la charge par certaines CSI. Mais le sujet même de la taille souhaitable de l'échantillon et de son calibrage n'est pas discuté. Par ailleurs, aucune possibilité de ciblage de l'algorithme aléatoire n'est évoquée. Un tirage peut pourtant rester aléatoire sans être équipondéré. Il est en effet possible de paramétrer des probabilités de tirage en fonction de divers critères : type d'action³, profession éligible⁴, enjeu financier de l'action⁵ etc., ce qui permet de limiter le nombre de critères de sélection discrétionnaires et ainsi de ménager une place substantielle à l'aléa dans la constitution de l'échantillon.

[20] La mission estime donc que cette action est « partiellement réalisée ». Elle note par ailleurs que l'argument d'un tirage purement aléatoire est présenté comme un outil préventif face aux accusations potentielles d'échantillonnage « à la tête du client »⁶ : cela sous-entend donc qu'un plan de contrôle non aujourd'hui communiqué aux tutelles aurait vocation à être rendu public. Par ailleurs, les différentes administrations sociales et fiscales utilisent depuis des années des outils de « scoring » pour certaines tâches de contrôle sans que cela soit interprété comme une rupture d'égalité, le score étant basé sur des caractéristiques objectives.

² Note du 25 mars 2022 du service *Qualité de l'offre de DPC* intitulée « échantillonnage des actions à évaluer en CSI – fixation des règles d'échantillonnage ».

³ Les actions d'EPP et plus encore de GDR sont très peu fréquentes

⁴ Les nombre d'actions par profession sont très inégaux et cette variabilité ne se reflète qu'assez peu dans la structuration des différentes CSI et leurs effectifs.

⁵ Ou le nombre de professionnels bénéficiaires ; mais avec dans les deux cas la limite de la méconnaissance par l'agence des données relatives aux salariés.

⁶ Note du 25 mars 2022 précitée

1.1.2 Action 1.1.2 : Développer les évaluations des actions de DPC par les CSI

Objectif de l'action :

[21] Cette action demandée à l'agence consistait à aider les commissions scientifiques indépendantes (CSI) à augmenter le nombre d'actions évaluées et à renforcer la qualité des évaluations (cohérence, reproductibilité, harmonisation inter-CSI).

Etat de la réalisation :

[22] L'indicateur initialement prévu était « la part des actions contrôlées par les CSI », avec une cible augmentant graduellement de 20 % à 25 % entre 2018 et 2020⁷. Mais, comme exposé dans le bilan 2018 de l'agence, cet indicateur souffrait de la trop forte variabilité du dénominateur. Celle-ci induisait une dégradation mécanique de la performance des CSI en cas de forte hausse du nombre d'actions, face à des ressources peu élastiques du côté des CSI.

[23] L'indicateur a donc été modifié dès 2019, au profit du taux d'évolution du nombre d'actions évaluées⁸. Même si cette modification n'a pas été intégrée dans l'avenant de prolongation du COP, qui était au départ censé embarquer divers sujets dont celui-ci (cf. *infra* partie 5)⁹, c'est bien l'évolution du nombre d'actions évaluées qui a en pratique été suivie dès 2019, malgré l'absence de cible¹⁰. La nature de l'indicateur finalement suivi n'empêche pas de constater une forte baisse du nombre d'actions évaluées en 2020 (-42 %), ainsi que sa poursuite en 2021 (-15 %) et en 2022 (-12 %, la consultation de l'applicatif de l'agence en mars 2023 indiquant 1139 évaluations en année pleine au lieu de 1299 en 2021).

[24] Si la baisse de 2020 peut vraisemblablement être imputée à la crise sanitaire¹¹, celles de 2021 puis 2022 interrogent dans le contexte d'une stabilité des grilles d'évaluation, et alors que les réunions des CSI ont repris à partir d'octobre 2020 via la procédure de délibération à distance des instances administratives à caractère collégial¹². De plus, l'agence a indiqué à la mission que cette procédure dématérialisée a elle-même pris fin à l'installation des nouveaux membres en janvier 2021, une fois à disposition un outil adapté, sécurisé et performant pour assurer les

⁷ 22 % en 2019.

⁸ Comme exposé dans le compte-rendu du dialogue de gestion du 4 septembre 2019 sur le bilan 2018 du COP.

⁹ Ainsi lors de l'AG du 27 novembre 2019 il a été indiqué qu'« il a été convenu avec les tutelles lors de la réunion de septembre 2019 que les indicateurs initiaux de certaines actions seraient modifiés pour qu'ils soient plus représentatifs de l'activité réelle de l'Agence. En particulier, l'indicateur portant sur l'évolution des actions évaluées par les commissions scientifiques indépendantes. L'avenant au COP est en cours de préparation par la DGOS ; il tiendra compte des modifications convenues lors de la réunion bilan 2018 ».

¹⁰ Si le tableau de suivi comporte toujours une cible pour 2020, cette présence est trompeuse : les 25 % mentionnés correspondent en effet à la cible stipulée dans le COP, assignée à l'indicateur initial, et ne sauraient donc se comparer aux 26 % enregistrés, relatifs non à la part d'actions évaluées mais à l'évolution du nombre d'évaluations.

¹¹ La mission n'a pu obtenir de données trimestrielles en matière de nombre d'actions évaluées, ce qui lui aurait permis d'étayer ce point.

¹² Telle que prévue par l'ordonnance n° 2014-1329 du 6 novembre 2014 et le décret n° 2014-1627 du 26 décembre 2014

réunions par visioconférence et ainsi revenir à la procédure habituelle de délibération des membres de CSI.

[25] Certes, l'agence précise qu'une fois les CSI installées dans leur nouvelle composition entre janvier et février 2021, des séances d'entraînement ont été organisées pour accompagner les nouveaux membres et les familiariser au processus de l'évaluation des actions de DPC, et que de ce fait la reprise des plénières consacrées à l'évaluation des actions a surtout été « effective à compter de mars/avril 2021 ». Cela ne laisse toutefois présager que d'une baisse en année pleine d'au plus un quart vis-à-vis de l'année « pré-Covid » 2019 ; or la baisse observée est bien plus prononcée (1299 actions évaluées en 2021 au lieu de 2630 en 2019¹³, ou même 2108 en 2018 qui n'était pas une année de fin de triennal). Si en 2020 la baisse du nombre d'actions évaluées a été presque exactement égale au recul du nombre de séances plénières (qui a enregistré un repli de 43 % avec un passage de 56 à 32), le nombre de séances plénières est en revanche fortement remonté à 61 en 2021 : ainsi, même en déduisant les 14 séances d'installation ou d'entraînement, il a progressé de presque 50 % vis-à-vis de 2020.

[26] Ainsi, la poursuite en 2021 de la baisse du nombre d'actions évaluées ne peut s'interpréter que comme une nette baisse de la productivité des commissions scientifiques. Le constat est encore plus manifeste dans le cas de l'année 2022, non concernée par les éléments évoqués ci-dessus. L'agence a indiqué espérer que la réduction du nombre d'actions à évaluer augmente la qualité des évaluations rendues ; la mission n'a toutefois pas connaissance d'une analyse aboutie sur la non-qualité des évaluations antérieures (caractérisation et facteurs pressentis).

[27] En matière d'action de l'agence depuis 2018, il faut toutefois signaler un effort de réorganisation des CSI (par exemple, création de 2 sous-commissions au sein de la CSI interprofessionnelle de manière à la désengorger, comme exposé dans le bilan 2019 de l'agence¹⁴), ainsi qu'un travail sur les procédures internes (notamment décrit dans le compte-rendu du dialogue de gestion du 23 juin 2020 ; les présidents de CSI ont par ailleurs indiqué à la mission que l'amélioration de l'ergonomie de l'Extranet a amélioré leur productivité). Mais il est sans doute possible d'aller plus loin en tentant de structurer davantage encore les CSI par rapport à la volumétrie des actions déposées pour les différentes professions et spécialités (cf. section 4.2 de l'annexe 5). Il s'agirait d'assurer la meilleure comparabilité possible des ordres de grandeur des flux à absorber, alors que la structuration des CSI n'est pas tributaire des mêmes enjeux politiques que ceux qui sont associés à la structuration des CNP.

[28] Compte tenu de certaines actions d'organisation de l'agence, la mission estime donc que cette action est « partiellement réalisée ». Elle n'est certes pas du tout réalisée du point de vue quantitatif, mais il semble possible de ne pas s'en tenir à ce seul aspect puisque la tutelle n'a pas jugé utile de définir des cibles ou même de faire mention du changement d'indicateur dans l'avenant.

¹³ La crise sociale de la fin 2019 avait pourtant contraint l'agence à annuler des réunions plénières (compte-rendu du dialogue de gestion du 23 juin 2020).

¹⁴ Ces sous-commissions ont surtout servi à augmenter le nombre d'évaluateurs mais, ne se réunissent pas de façon autonome par rapport à la CSI. Elles n'ont donc pas en pratique contribué à la désengorger.

1.1.3 Action 1.1.3 : Mettre en œuvre un contrôle a posteriori via un système de signalement

Objectif de l'action :

[29] Cette action visait à renforcer le contrôle *a posteriori* des actions en demandant à l'agence d'organiser un dispositif de remontée et de traitement des signalements.

Etat de la réalisation :

[30] Le COP assortit cette action de l'indicateur du « pourcentage de signalements traités », avec une cible fixée à 100 % pour toute la période. Mais alors que la mise en place d'un système de signalements en avril 2018¹⁵ a été logiquement suivie d'une hausse du nombre de signalements en 2019, l'agence indiquait dès son bilan 2018 que le caractère statique de l'indicateur « ne permet[tait] pas de prendre en compte les flux ». L'indicateur du COP induisait une dégradation mécanique de la performance en cas de forte hausse du nombre de signalements, sauf forte hausse des ressources dédiées de l'agence.

[31] Une modification de l'indicateur a donc été évoquée dès 2019, au profit des délais moyens de traitement des signalements reçus ; le compte-rendu du dialogue de gestion du 4 septembre 2019 constitue toutefois la seule trace écrite autour d'un changement d'indicateur (sans fixation de cible). De plus, contrairement au cas de l'action 1.1.2, les valeurs atteintes par le nouvel indicateur - durée moyenne de traitement - n'ont jamais été indiquées, ce qui conduit la mission à considérer que l'indicateur n'a finalement pas été modifié.

[32] Or, la mission relève une absence de progression du pourcentage de signalements traités, avec 80 % de signalements traités en 2018, puis 77 % en 2019 et 78 % en 2020, soit une stagnation sur ce dernier exercice atypique malgré un repli du nombre de signalements (de 1692 à 922 si l'on se fonde sur les bilans 2019 et 2020 de l'agence).

[33] L'agence a indiqué à la mission que les professionnels se saisissent parfois du dispositif de signalement en dehors de son objectif (pour signaler des retards de paiement ou des difficultés d'inscription) et que dans ce contexte, c'est le classement sans suite de certains signalements qui expliquerait la non-atteinte de l'objectif de 100 % de signalements traités. Si certains signalements relèvent d'un autre canal, la mission considère que leur classement comme tels devrait alors tenir lieu de « traitement ». Mais la mission n'a pas reçu la chronique 2018-2021 des signalements par nature¹⁶ qu'elle a demandée. Ce qui la prive en particulier de toute donnée pour l'exercice 2021.

[34] Néanmoins, au-delà du caractère binaire du « traitement » d'un signalement, on peut noter que l'exercice 2020 a vu, pour la première fois, le retrait d'enregistrement de 6 ODPC suite à signalement. De plus, les contrôles suite à signalement ont permis de récupérer 1 M€ d'indus en 2022. Enfin, depuis la fin 2021 un retour d'information aux signalants quant à la suite donnée leur est systématiquement adressé par mail d'un contrôleur-vérificateur ou d'un juriste, et l'objectif

¹⁵ Permettant à toute personne ayant suivi une action de DPC de signaler à l'agence un défaut de qualité ou une manœuvre ouvertement frauduleuse.

¹⁶ i) infondés ou hors champ ii) insuffisamment explicites ou précis iii) fondés et assortis d'une description claire.

d'un tel retour d'information systématique aux signalants est inscrit dans les objectifs personnels des contrôleurs-vérificateurs du service des affaires juridiques et contrôles.

[35] Compte tenu de certaines avancées qualitatives de l'agence en matière d'organisation et de prise en compte concrète (retraits d'enregistrements, contrôles ciblés), la mission estime que cette action est « partiellement réalisée » malgré la stagnation de l'indicateur et la non-atteinte des cibles quantitatives correspondantes.

1.2 Objectif 1.2 : Améliorer la qualité des services rendus aux ODPC et aux professionnels de santé

[36] Cet objectif visait à améliorer les services rendus aux ODPC et aux professionnels de santé par la création d'une plateforme d'assistance aux utilisateurs et la simplification des procédures et par la réduction des délais de paiement des sessions de formation. Il était assorti de trois indicateurs dont deux portaient sur la première action et un sur la troisième.

Tableau 3 : suivi des indicateurs de l'objectif 1.2

Indicateur	2018		2019		2020	
	Cible	Réalisé	Cible	Réalisé	Cible	Réalisé
Mise en œuvre des nouvelles fonctionnalités de la plateforme (indicateur composite)	90 %	23 %	100 %	85 %	100 %	nc
Evaluation en continu du niveau de satisfaction des utilisateurs	Evaluation	Non réalisé	Evaluation	Non réalisé	Evaluation	Non réalisé
Pourcentage de factures payées en moins de 30 jours (Les cibles entre parenthèses sont celles revues suites aux bilans présentés)	100 % (85 %)	100 %	100 % (92 %)	60 %	100 %	49 %

Source : ANDPC

1.2.1 Action 1.2.1 : Construire une plateforme dédiée à la relation fournisseurs-clients (ODPC, PS)

Objectif de l'action :

[37] L'action demandée à l'agence consistait à construire une plateforme d'accueil dédiée à la relation avec les ODPC et professionnels de santé pour identifier leurs besoins et connaître leurs avis concernant les services proposés afin de les faire évoluer.

Etat de la réalisation :

[38] A cette action étaient associés deux indicateurs, d'une part un « indicateur composite de gestion de projet » (degré de mise en œuvre des nouvelles fonctionnalités de la plateforme), d'autre part une statistique mensuelle de satisfaction des utilisateurs de la plateforme. Le suivi du premier indicateur apparaît peu auditable en l'absence de précision dans le COP sur la liste des

fonctionnalités à mettre en place ; quant au second il n'a pas été fourni, faute de dispositif de recueil de la satisfaction des usagers.

[39] L'analyse des bilans annuels du COP montre que le déploiement de la plateforme a été perturbé par plusieurs événements successifs :

- le retard du marché téléphonique qui n'a été notifié qu'en avril 2019, expliquant le faible résultat du premier indicateur (23 % en 2018 pour une cible de 90 %) ;
- le retard de la révision des procédures liée au changement de logiciel du fait des grèves de fin d'année 2019, ces révisions n'ayant été effectuées qu'en mai 2020 ;
- la crise sanitaire qui a fortement dégradé non seulement l'évaluation de l'effet des déploiements¹⁷ mais surtout la qualité de service.

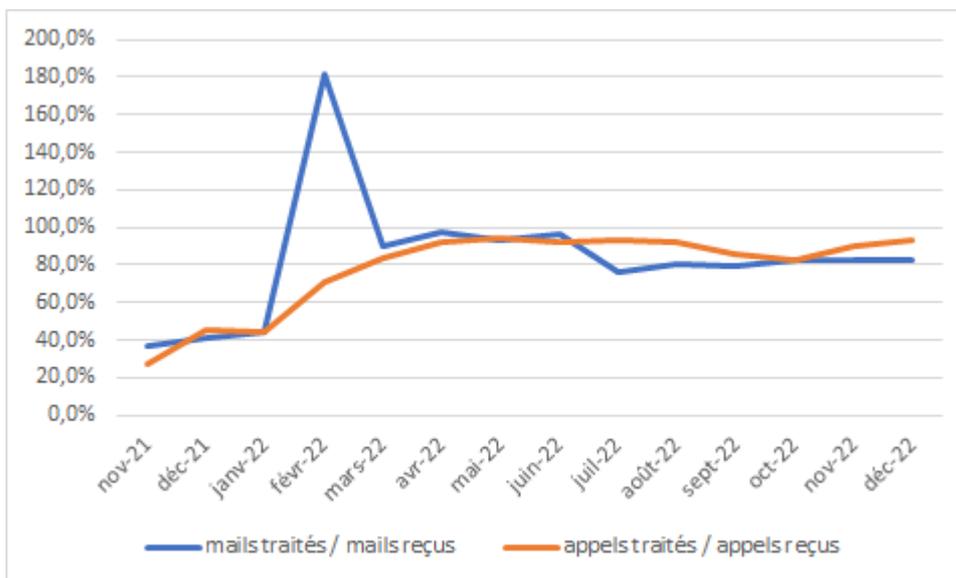
[40] En effet, en l'absence de basculement téléphonique lors de la crise sanitaire, le canal s'est restreint aux mails, avec l'accumulation d'un retard de plusieurs mois selon les déclarations à la mission du nouveau responsable de la plateforme (arrivé en février 2021), mais aussi de la direction de l'agence elle-même.

[41] A noter que cette ampleur du retard dans le traitement des mails n'a été évoquée dans aucun document de suivi, avec uniquement l'allusion à un indicateur de qualité de service qui semble être le taux de décroché. Pourtant, quand bien même il s'agit de circonstances exceptionnelles, il est important qu'une telle situation soit clairement décrite à la faveur des bilans et dialogues de gestion.

[42] Ce n'est qu'au début 2022 que le recrutement pérenne de 3 personnes, portant l'effectif de la plateforme à 9 professionnels du télémarketing, a selon l'agence permis d'atteindre un point d'équilibre sans recours à la sous-traitance (et sans surcoût manifeste par rapport à cette alternative) avec un taux de décroché supérieur à 90 % entre avril et août 2022 et en décembre 2022 (après avoir connu des niveaux inférieurs à 40 %) et des délais de réponses aux mails devenus conformes à un objectif J+2 depuis mai 2022. Ces indicateurs de qualité de service, assez standard en la matière, pourraient utilement figurer dans la prochaine convention, d'autant que la plateforme est maintenant complètement opérationnelle et que l'agence dispose de statistiques à l'année mais aussi au mois et au jour. L'agence utilise un unique logiciel multicanal mail/téléphone.

¹⁷ Le bilan 2019 précise ainsi qu'« il ne sera possible d'évaluer les effets (...) qu'au moment du retour sur site des personnels de l'agence ».

Graphique 1 : Evolution du taux de traitement des contacts sur 13 mois (nov. 2021 - déc. 2022)



Source : ANDPC

Note de lecture : les 181,1 % de mails traités en février 2022 correspondent à un rattrapage du stock accumulé antérieurement

[43] Des fiches de qualification guident les conseillers dans le choix d'un motif de contact, et des rappels sont proposés dans le cas des questions nécessitant le recours à un expert, souvent SI (par exemple pour un problème sur le compte d'un professionnel : il est possible d'en prendre le contrôle : déverrouiller un code qui l'a été, renvoyer un code de création...).

Les motifs de contact sont dominés par les problèmes liés au compte des professionnels

Les demandes liées à des aux comptes des professionnels (modifications, oublis de mots de passe ou identifiants, problèmes de création ou de migration...) représentent à elles seules plus de la moitié du flux, avec de 50 % à 59 % des contacts sur les 5 derniers mois de 2022. Parmi les principaux autres motifs, les demandes liées à l'indemnisation représentaient de 11 % à 16 % des contacts, celles liées à l'inscription aux actions de 9 % à 12 %, celles liées à l'alimentation et à l'édition du document de traçabilité de 3 % à 10 % (pic de fin de triennal). Les ODPC ne représentaient que de 1 % à 2 % des contacts, et les signalements 1 % voire moins.

[44] S'il y a ainsi eu des progrès sur le plan de la qualité de service (au-delà donc de la seule question des « fonctionnalités » théoriques de la plateforme), l'action ne reste que « partiellement réalisée » puisque la satisfaction des utilisateurs n'est toujours pas mesurée alors qu'elle était l'objet de l'un des deux indicateurs de l'action. La direction de l'agence a indiqué à la mission qu'une telle enquête reste prévue pour 2023.

1.2.2 Action 1.2.2 : Simplifier et stabiliser les procédures à respecter par les ODPC et les professionnels de santé

Objectif de l'action :

[45] Constatant que l'agence avait fait évoluer à plusieurs reprises ses règles de gestion et de prise en charge et les documents exigés des ODPC et professionnels de santé, cette action invitait l'agence à « simplifier et stabiliser les procédures » auxquelles ceux-ci sont soumis.

Etat de la réalisation :

[46] L'intitulé de cette action est quelque peu paradoxal, la « simplification » impliquant des changements et nuisant donc, au moins à court-terme, à la « stabilisation ». De plus, la stabilisation comme la simplification des procédures restent soumises à de nombreux aléas exogènes, par exemple les diverses impulsions du ministère et des tutelles, les difficultés informatiques ou encore la créativité des schémas des fraudeurs, si bien qu'il est difficile, sinon impossible, d'isoler les résultats de la seule action de l'agence. La mission note en outre que la référence à l'ensemble des usagers brouille un peu plus l'évaluation de cette action, voire sa lisibilité, puisqu'elle conduit à mettre sur le même plan des ODPC - qui sont le plus souvent des personnes morales - dont l'agence a aussi vocation à réguler l'action, et des professionnels de santé vis-à-vis desquels elle est plus exclusivement dans une posture de service. Cette action 1.2.2 n'est au demeurant assortie d'aucun indicateur.

[47] Afin de justifier de son action, l'agence a pu mettre en avant la production de guides et la formalisation de processus, actions certes a priori utiles mais qui n'impliquent pas forcément en elles-mêmes une simplification ou une stabilisation. De tels documents peuvent en effet être fréquemment mis à jour ou périmer rapidement, et décrire des procédures complexes.

[48] Interrogée sur ces différents enjeux par la mission, la direction de l'agence a indiqué ne pas pleinement adhérer à cet objectif du COP, arguant que « la mise sous assurance qualité implique un renforcement constant des procédures ». La mission estime elle aussi que dans le cas de l'ANDPC, cette action procède partiellement d'une injonction paradoxale, et considère que dans ce contexte on peut la considérer « réalisée ».

[49] La mission n'en estime pas moins nécessaire d'accorder une grande attention à la simplicité des procédures, mais cela requiert de son point de vue une réflexion beaucoup plus profonde sur la structuration même du dispositif, (voir rapport et annexe correspondante, avec des réflexions allant au-delà des marges de manœuvre de l'agence dans le cadre de cette action).

1.2.3 Action 1.2.3 : Respecter les délais réglementaires de paiement des factures

Objectif de l'action :

[50] Conformément aux dispositions réglementaires relatives aux établissements publics, il a été demandé à l'Agence de respecter le délai réglementaire de paiement des factures transmises par les ODPC, fixé à 30 jours (dès lors que le dossier est correctement complété¹⁸).

Etat de la réalisation :

[51] L'indicateur initialement prévu était le pourcentage de factures payées en moins de 30 jours. Cet indicateur a bien été suivi par les tableaux détaillés annexé aux bilans annuels, mais ces derniers mentionnent pourtant dès 2018 un autre indicateur, les délais moyens de paiement.

[52] Mais au-delà du choix de l'indicateur, se dessine un diagnostic doublement défavorable, en niveau et en tendance, avec :

- 1) en niveau, une part importante de factures acquittées hors délai réglementaire, le délai moyen de 33,1 jours en 2021 résultant de 40,3 % de factures non payées à 30 jours ;
- 2) en tendance, une dégradation continue et significative entre 2018 et 2021, avec un passage du délai moyen de 13,4 à 33,1 jours en 3 ans¹⁹.

[53] Les raisons de cette dégradation mises en avant par l'agence sont de différents ordres :

- 1) la croissance du nombre de factures au fil des ans (même en 2020 malgré la baisse du nombre d'inscriptions) et ce du fait du développement des actions en e-learning : pour ce format les ODPC ont en effet pris l'habitude de créer des sessions individuelles avec des dates adaptées aux disponibilités du professionnel de santé pour être sûrs de ne pas perdre de client. Ainsi, en 2021, 35 % des actions non présentielles comptaient un seul inscrit et 63 % en comptaient moins de 5. Au total, entre 2018 et 2021, le nombre de sessions a plus que doublé (de 18911 à 38395) et le nombre de sessions non présentielles a fortement contribué à cette hausse avec par exemple une augmentation de plus de 10 000 rien qu'entre 2020 et 2021, chaque session pouvant donner lieu à une facture.
- 2) un nombre important de congés maladie ou maternité ou l'existence de temps partiels ; l'hétérogénéité des tableaux d'effectifs fournis au titre des différents exercices n'a toutefois pas permis à la mission d'objectiver le caractère défavorable de la trajectoire en ETPT des services concernés.

[54] Si les explications fournies par l'agence à propos de la hausse du nombre de factures et de son origine sont convaincantes, il n'en reste pas moins que l'action relative au respect des délais réglementaires de paiement des factures n'a pas été réalisée, les délais réglementaires étant par

¹⁸ Compte tenu de cette précision explicite dans le COP, il est surprenant de constater que lors du dialogue de gestion du 25 juin 2021 l'agence évoque encore un enjeu méthodologique de « biais associé à cet indicateur » à savoir que « la date de début de délai est sujette à discussion dès lors que le dossier de paiement n'est pas complet ».

¹⁹ 23,5 jours en 2019 et 29,9 jours en 2020.

nature inélastiques tant au format des actions déposées qu'aux ETPT dont disposent les services gestionnaires.

2 Bilan de l'axe 2 : Contribuer au développement du DPC et évaluer son impact sur la qualité et la sécurité des soins

[55] Ce deuxième axe stratégique visait à accroître l'impact du DPC sur l'amélioration de la qualité des soins en renforçant la qualité des actions, en développant les actions innovantes et répondant aux enjeux des politiques de santé et des innovations technologiques et organisationnelles, et en veillant à l'engagement des professionnels dans la démarche. En dehors de la définition d'une stratégie de communication vers les professionnels (objectif 2.3), cet axe ne contenait toutefois aucune action pour développer le DPC auprès des professionnels de santé ne bénéficiant pas du soutien financier de l'agence, c'est-à-dire les salariés, représentant pourtant les deux tiers du public cible du DPC.

[56] L'axe comprenait cinq objectifs et treize actions dont le tableau ci-dessous donne l'état d'avancement évalué par la mission.

Tableau 4 : Bilan synthétique de la réalisation de l'axe 2

Objectifs	Nombre d'actions	Réalisées dans le calendrier fixé	Réalisées avec retard ou partiellement réalisées	Non réalisées ou abandonnées
Objectif 2.1 : Définir une stratégie triennale de prise en charge des actions de DPC dans le cadre des parcours pluriannuels de DPC en cohérence avec les ressources de l'Agence	1	1		
Objectif 2.2 : Conduire en lien avec le Haut Conseil du DPC et les parties prenantes les travaux de développement du DPC	4	1	2	1
Objectif 2.3 : Promouvoir le DPC	4	1	1	2
Objectif 2.4 : Contribuer avec le Haut Conseil du DPC et les parties prenantes aux travaux sur l'évaluation de l'impact du DPC sur la qualité et la sécurité des soins	2		2	
Objectif 2.5 : Mettre en œuvre des marchés de prestations de l'offre de DPC pour des thématiques définies par le ministre chargé de la santé	1	1		
Ensemble	12	4	5	3

Source : mission d'après données ANDPC.

2.1 Objectif 2.1 et action 2.1.1 : Définir une stratégie triennale de prise en charge des actions de DPC en cohérence avec les ressources de l'Agence et adapter les stratégies de construction budgétaire pour optimiser l'allocation des fonds

[57] Ce premier objectif ne comportait qu'une seule action consistant à utiliser tous les moyens à la disposition de l'agence pour assurer une consommation optimale des crédits d'intervention disponibles chaque année et permettre ainsi au maximum de professionnels de suivre des actions de DPC. Il comportait un seul indicateur dont la cible traduit l'absence de blocage en cours d'année des inscriptions dans certaines professions du fait de la consommation de l'enveloppe budgétaire.

Tableau 5 : Suivi des indicateurs de l'objectif 2.1

Indicateur	2018		2019		2020	
	Cible	Réalisé	Cible	Réalisé	Cible	Réalisé
Pourcentage d'enveloppes non consommées de façon anticipée au cours de l'exercice	100 %	8 %	100 %	100 %	100 %	100 %

Source : ANDPC et mission

Objectif de l'action :

[58] Le dispositif de gestion des crédits d'intervention de l'ANDPC, finançant les frais pédagogiques associés aux actions suivies par les professionnels libéraux conventionnés et les salariés des centres de santé conventionnés et leur indemnisation²⁰, repose sur les principes suivants :

- l'enveloppe financière disponible est déterminée par l'assemblée générale à partir du montant de la subvention de l'Uncam, en déduisant l'ensemble des autres charges supportées par l'agence, principalement les dépenses de fonctionnement, et en ajoutant le cas échéant, dans le cadre des budgets rectificatifs, les crédits non consommés des exercices antérieurs ;
- au sein de cette enveloppe sont réservés les crédits devant financer des dispositifs spécifiques : 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'offre d'une part, formation des médecins à la maîtrise de stage universitaire (MSU) d'autre part ;

²⁰ L'indemnisation du temps passé par les salariés des centres de santé conventionnés est versée à leur employeur.

- l'enveloppe restante est répartie entre professions, par décision du conseil de gestion prise sur proposition de sa « section professionnelle²¹ » réunissant les présidents des dix sections professionnelles.

[59] Dans ce cadre, l'action 2.1.1 demandait à l'agence d'utiliser tous les leviers de redistribution et de fongibilité à sa disposition pour éviter la suspension des inscriptions en cours d'année pour l'une des professions financées, du fait du niveau de consommation de l'enveloppe lui étant réservée. A cette fin d'optimisation du nombre de professionnels bénéficiaires, le COP évoque l'étude de scénarios en lien avec les autres organismes financeurs de la formation.

Etat de la réalisation :

[60] La date à laquelle la consommation "anticipée" des enveloppes est appréciée n'est pas définie précisément par le COP et l'indicateur qui mesure le pourcentage des enveloppes non consommées de façon anticipée est de ce fait peu fiable. De plus, au-delà de l'enjeu de la date, c'est le concept même de consommation anticipée qui est mal défini : la lecture des comptes rendus des comités de gestion montre en effet que si l'agence cherche à éviter le blocage total des inscriptions sur une enveloppe avant le 31 décembre, une restriction des inscriptions peut être mise en œuvre sans être assimilée à la consommation anticipée de l'enveloppe : ainsi, la fermeture des inscriptions fin novembre 2018 pour les sage-femmes et orthophonistes n'a pas été assimilée à une consommation anticipée des deux enveloppes correspondantes²².

[61] Sur la période du COP, l'ANDPC a utilisé plusieurs leviers pour éviter le blocage anticipé des enveloppes :

1/ l'augmentation des crédits d'intervention, par utilisation de crédits non consommés de l'année N-1 (après approbation des comptes et vote d'un budget rectificatif) ou de réserves (par le vote d'un budget rectificatif en déficit). Ces mesures, qui imposent le vote d'un budget rectificatif par l'assemblée générale, ont été systématiquement appliquées ;

2/ la mise en œuvre d'une « fongibilité asymétrique » des crédits de fonctionnement de l'agence vers les crédits d'intervention, qui impose également le vote d'un budget rectificatif par l'assemblée générale ;

3/ la mise en œuvre d'une fongibilité entre les sous-enveloppes de DPC (parfois appelée également « fongibilité inter-budgets »), mesure qui a été utilisée à partir de 2019 pour redéployer vers les enveloppes par professions une partie des crédits réservés pour les appels à projets et appels d'offres non consommés ;

4/ la mise en œuvre d'une fongibilité entre les enveloppes par professions, mesure décidée en fin d'année au vu des consommations respectives de ces enveloppes par le conseil de gestion, sur proposition de la section professionnelle ;

²¹ Pour la distinguer de la « section sociale » composé de l'ensemble des membres de l'assemblée générale du GIP.

²² La mission l'a toutefois considérée comme une clôture anticipée et a rectifié la valeur de l'indicateur pour 2018 en conséquence.

5/ en dernier recours, la mise en place de mesures de régulation telles que l'instauration de listes d'attente pour les inscriptions, la limitation des inscriptions aux primo-accédants ou la régulation de de l'accès à certaines actions.

Tableau 6 : 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		15,0
2/ transfert des crédits de fonctionnement vers DPC	2,0	1,0		
3/ transfert des budgets spécifiques DPC vers enveloppes par profession			11,6	
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),		

Source : Mission d'après données ANDPC (comptes rendus des assemblées générales et conseils de gestion)

[62] Au total, la mission estime que ces différents leviers ont permis de ne pas bloquer l'accès des professionnels au DPC et que **l'objectif de l'action a donc été atteint**. La lecture des comptes rendus des conseils de gestion montre que, si les discussions ont parfois été tendues, elles ont toujours fini par aboutir à un consensus. En particulier, des mesures de fongibilité inter-enveloppes par professions ont toujours pu être prises par la section professionnelle, parfois sur des montants élevés comme en 2021.

[63] Elle observe cependant que les mesures sont fondées sur des prévisions de dépenses (engagements) mais que les inscriptions de professionnels non suivies de participation aux formations et les délais de facturation par les organismes, nécessitant la passation de provisions prudemment calculées, aboutissent chaque année à une sous consommation des crédits venant alimenter les réserves et conduisant à augmenter régulièrement, au budget rectificatif de printemps, le montant consacré au financement du DPC par rapport à celui voté au budget initial, ce qui nuit à la lisibilité des choix associés audit budget. L'agence a indiqué à la mission que les règles d'engagement comptable ne lui permettaient pas de tenir compte du taux de désistement pour permettre des inscriptions en surnombre et ainsi réduire cette sous-consommation structurelle des crédits ouverts.

2.2 Objectif 2.2 : Conduire en lien avec le Haut Conseil du DPC et les parties prenantes les travaux de développement du DPC

[64] Cet objectif, comprenant quatre actions, visait principalement à faire évoluer le contenu des programmes et actions de DPC, en soutenant le développement d’actions innovantes faisant appel à des pédagogies ou techniques nouvelles, d’actions comportant une dimension interprofessionnelle ou d’actions s’appuyant sur l’expérience du patient. Il prévoyait en outre un recours à de nouvelles modalités de financement des actions, rompant avec la logique de guichet dans laquelle l’ANDPC répond aux propositions des ODPC, pour lui permettre de prendre l’initiative en achetant des prestations sur la base de cahier des charges définis par elle.

[65] L’objectif 2.2 intégrait en outre le lancement par l’agence, en collaboration avec le Haut Conseil du DPC et les parties prenantes, d’une démarche d’évaluation de l’impact du DPC sur l’amélioration des pratiques, la qualité et la sécurité des soins.

Tableau 7 : Suivi des indicateurs de l’objectif 2.2

Indicateur	2018		2019		2020	
	Cible	Réalisé	Cible	Réalisé	Cible	Réalisé
Production de bilans annuels sur les actions innovantes, les actions différenciées selon le stade de la carrière et les actions pluri professionnelles	Bilan annuel	Bilan annuel	Bilan annuel	Bilan annuel	Bilan annuel	Bilan annuel
Production d’un rapport annuel d’analyse sur l’offre et l’engagement des professionnels de santé dans certaines actions entrant dans le champ des orientations prioritaires spécifiquement ciblées par le ministre en charge de la santé	Rapport annuel		Rapport annuel	Chiffres fournis aux DAC	Rapport annuel	Chiffres fournis aux DAC

Source : ANDPC

[66] Les deux indicateurs de l’objectif portaient respectivement :

- sur la production de bilans annuels relatifs à la mise en œuvre des objectifs d’évolutions de l’offre de DPC. Les éléments de bilans correspondants ont bien été fournis dans les bilans annuels de réalisation du COP, de façon plus ou moins détaillée selon les années ;
- sur un « rapport annuel d’analyse sur l’offre et l’engagement des professionnels de santé dans certaines actions entrant dans le champ des orientations prioritaires spécifiquement ciblées par le ministre en charge de la santé » qui n’a pas été formalisé même si l’agence a fourni, à la demande du ministère de la santé, des données statistiques sur la participation des professionnels à de telles actions.

2.2.1 Action 2.2.1 : Valoriser et promouvoir les actions de DPC innovantes, les actions différenciées selon le stade de la carrière et les actions pluri professionnelles

Objectif de l'action :

[67] Le COP identifiait, sur la base d'un travail réalisé par les services de l'agence et validé par le Haut Conseil du DPC, trois axes d'évolution de l'offre devant être promus par l'agence :

- l'accompagnement de l'innovation pédagogique,
- le développement de stratégies de DPC différenciées en fonction des étapes de la carrière des professionnels pour accompagner les transitions (notamment, changements de modes ou lieux d'exercice – et donc de patientèle),
- le développement des démarches interprofessionnelles dans le champ du DPC.

Etat de la réalisation :

[68] Trois groupes de travail, correspondant à chacun des trois volets, ont été mis en place en 2018 au sein du HCDPC, avec un degré d'avancement de leurs travaux très variable :

- Pour **l'innovation pédagogique**, il s'agissait d'identifier des méthodes et outils correspondants au sein de l'offre de DPC. Mais face à la difficulté à définir des "actions innovantes", les travaux ont conclu au recours à des appels à projets (AAP) ou à des appels d'offres (AO) pour les promouvoir et les sélectionner. De ce fait, ce volet de l'action s'est confondue dans sa réalisation avec le volet 3 (AAP sur le DPC interprofessionnel) et avec l'action 2.5.1 visant au lancement d'AAP et d'AO (cf. *infra*), même si ces procédures de sélection n'ont pas été, en pratique, spécialement porteuses d'innovation pédagogique.
- Les travaux visant à identifier des **actions différenciées selon les étapes de la carrière** ont été ciblés sur le début de carrière. Les échanges avec les parties prenantes ont conduit à renvoyer le sujet aux conseils nationaux professionnels (CNP), invités à l'intégrer dans les parcours de DPC qu'ils sont chargés d'élaborer. Les documents de suivi du COP ne permettent pas de savoir si ceux des CNP qui ont élaboré des parcours de formation (notamment les CNP des spécialités médicales) ont bien intégré cette préoccupation.
- Les travaux sur le DPC interprofessionnel (menés par un groupe de travail lui-même interprofessionnel) ont été centrés sur l'accompagnement du déploiement des organisations coordonnées pour la prise en charge de populations spécifiques et ont débouché sur un AAP « DPC interprofessionnel en appui de l'exercice coordonné en santé » (cf. *infra* action 2.5.1) avec 8 organismes retenus en 2019 et 2 en 2020, dont 12 actions ont été publiées, avec 101 participants toutes professions confondues en 2022 (dont 39 IDE et 45 médecins)

[69] Au total, le seul résultat tangible de cette action est l'AAP « DPC interprofessionnel en appui de l'exercice coordonné en santé » par ailleurs peu suivi. La mission considère donc cette action comme (très) « partiellement réalisée ».

2.2.2 Action 2.2.2 : Développer les partenariats et poursuivre la montée en charge du parangonnage européen et international

Objectif de l'action :

[70] Cette action demandait à l'agence de poursuivre les travaux de veille scientifique et internationale engagés en 2017 pour :

- procéder à une revue des expériences internationales dans le cadre de chacun des projets de développement du DPC ;
- conduire des études comparatives, notamment sur le financement du DPC ;
- développer le partage d'expérience et les partenariats internationaux, en particulier au travers des participations à des réseaux d'experts et d'acteurs européens et internationaux.

Etat de la réalisation :

[71] L'action s'est principalement matérialisée par la participation de l'ANDPC à des congrès internationaux et à *l'International Academy for Continuing Professional Development Accreditation*, notamment aux groupes de travail pour l'établissement de standards internationaux de DPC, qui ont fait l'objet d'une publication en septembre 2020²³. L'ANDPC a, dans ce cadre, pu développer un réseau de correspondants internationaux et participé à la rédaction d'articles²⁴.

[72] L'agence a passé, en outre, un marché de veille média internationale pour l'année 2022 (non reconductible). En revanche, l'agence n'a pas produit les études comparatives (notamment sur le financement du DPC) demandées par le COP, ni annexé aux bilans 2019 et 2020 de réalisation du COP la liste des actions réalisées à l'international demandée par la DGOS dans le dialogue de gestion 2018. La difficulté à obtenir des données et la spécificité de la France, seul pays à avoir mis en place un financement public du DPC, expliquent ce résultat.

[73] L'action peut donc être considérée comme partiellement réalisée.

2.2.3 Action 2.2.3 : Intégrer l'expérience patient et le patient formateur dans la construction de l'offre de DPC

Objectif de l'action :

[74] L'action avait pour objet de prendre en compte dans la conception des actions de DPC « l'expérience patient », c'est-à-dire l'expertise acquise au fil du temps par le patient sur la gestion de sa maladie, en complément de l'expertise scientifique et clinique des professionnels de santé. L'agence était invitée à inciter les concepteurs d'actions à intégrer le « patient expert » ou le «

²³ *Standards for Substantive Equivalency between Continuing Professional Development/Continuing Medical Education (CPD/CME) Accreditation Systems.*

²⁴ A titre d'exemple : « *Vive la Différence: A Comparison of CPD Quality Assurance Systems in France and The United States* », *Journal of European CME*, avril 2022.

patient formateur », de la même façon que les politiques de recherche et d'innovation ou de prévention cherchent à s'appuyer sur cette expertise des patients, et à promouvoir les actions intégrant l'« expérience patient » auprès des professionnels de santé. A cette fin, l'agence devait construire un partenariat avec les associations de patients et d'usagers du système de santé.

Etat de la réalisation :

[75] L'objet de l'action était double et les résultats sont différents sur chacun des deux objets :

- la construction d'un partenariat avec des associations de patients : les bilans du COP ne font pas état d'avancée sur ce sujet à l'exception d'actions de communication telles que la publication d'un échange entre la directrice générale et deux patients experts ;
- l'intégration de l'expérience patient dans les actions de DPC : l'action a abouti à l'intégration d'une orientation prioritaire (OP) n°19 dans le triennal 2020-2022 « Prise en compte de l'expérience patient dans les pratiques » et de la même OP (n°15) dans le triennal 2023-2025 ; mais ce centrage sur une OP dédiée (et donc des actions dédiées) ne semble pas correspondre à l'objectif d'intégrer ce regard des patients experts de manière systémique dans la conception des actions, quelles qu'elles soient.

[76] La mission considère donc que cette action n'a pas été réalisée, même si elle partage l'avis de l'agence sur le manque de leviers à sa disposition pour inciter les ODPC à intégrer les patients experts dans la conception des actions. La directrice générale a fait une communication publique en 2019 sur le thème du patient formateur²⁵ pour souligner l'intérêt de cette méthode ; cependant, le guide d'aide au dépôt des actions de DPC 2022 ne fait pas mention du rôle du patient-expert dans la présentation des méthodes de DPC.

2.2.4 Action 2.2.4 : Accompagner les enjeux de la stratégie nationale de santé (prévention, qualité et pertinence, innovation, ...)

Objectif de l'action :

[77] L'action comportait deux volets :

- le pilotage par l'agence, en lien avec la DGOS, de la concertation préalable à l'élaboration des orientations prioritaires 2020-2022 avec les différentes directions ministérielles concernées, la Caisse nationale d'assurance maladie et les CNP ;
- le lancement par l'agence, à la demande des tutelles, de marchés de prestations de DPC correspondant aux orientations prioritaires s'inscrivant dans la stratégie nationale de santé (première composante des orientations prioritaires), ce volet correspondant à l'action 2.5.1.

²⁵ <https://www.agencedpc.fr/dpc-grand-angle-integration-patient-expert-dans-les-actions-de-dpc>.

Etat de la réalisation :

[78] Sur ces deux volets, l'agence a réalisé le travail demandé :

- elle a coordonné l'élaboration des OP 2020-2022 et 2023-2025, en liaison avec les DAC, les CNP et la CNAM, et préparé les arrêtés fixant la liste de ces OP : 256 pour 2020-2022²⁶ (45 impulsées par l'Etat, 207 par les CNP, 4 par la CNAM) ; 292 pour 2023-2025 (37 Etat et 255 CNP) (voir annexe 4 sur le pilotage du DPC) ;
- elle a lancé trois 3 appels d'offres à la demande de l'Etat, respectivement pour les OP 10 (Juste prescription des antibiotiques), 28 (Dépistage et prise en charge des maladies neuro-dégénératives) et 29 (Repérage précoce, dépistage, diagnostic et intervention pour les enfants présentant des troubles du neuro-développement - TND).

[79] Bien que seules trois actions sur 45 s'inscrivant dans la stratégie nationale de santé aient fait l'objet d'appels d'offres, la mission estime que l'action a été réalisée puisque l'agence s'est conformée à la demande de l'Etat, et ce même si les résultats de ces AO n'ont pas répondu aux attentes. (Cf. *infra* action 2.51). L'agence a par ailleurs communiqué à ses tutelle un bilan chiffré de la mise en œuvre de l'ensemble de ces 45 actions.

2.3 Objectif 2.3 : Promouvoir le DPC

[80] Cet objectif comportait quatre actions portant sur la communication de l'agence auprès des professionnels de santé pour promouvoir le DPC. Il était assorti d'indicateurs correspondant aux objectifs des quatre actions ; mais le premier et le quatrième n'ont pas été produits, et le troisième a été abandonné lors du dialogue de gestion portant sur les résultats 2018 car jugé non pertinent. Seul le deuxième indicateur a été suivi mais la cible, consistant à produire et actualiser une stratégie de communication, n'a pas été atteinte.

²⁶Arrêté du 31 juillet 2019 modifié par l'arrêté du 8 avril 2020 ;

Tableau 8 : Suivi des indicateurs de l'objectif 2.3

Indicateur	2018		2019		2020		2021	
	Cible	Réalisé	Cible	Réalisé	Cible	Réalisé	Cible	Réalisé
L'indicateur sera fixé ultérieurement en fonction des résultats de la première campagne du baromètre qui aura lieu en 2019	Non fixée		Construction des items et critères	Travaux Reportés	Première campagne	Travaux Reportés	Non fixée	
Production et actualisation de la feuille de route	Elaboration FDR		Production de la FDR actualisée	Travaux Reportés	Production de la FDR actualisée	audit de communication à conduire	Non fixée	
Augmentation de la proportion d'articles de presse positifs relatifs au DPC (indicateur supprimé en 2019)	55 %	49 %	60 %	38 %	65 %	Indicateur supprimé en 2019	Non fixée	
Satisfaction des utilisateurs sur les items relatifs à l'ergonomie			+ 5 points	Travaux en cours	+ 10 points	Mesure non effectuée en 2020	Non fixée	

Source : ANDPC

2.3.1 Action 2.3.1 : Mettre en place un baromètre d'image sur le dispositif du DPC et l'Agence

Objectif de l'action :

[81] Cette action avait pour objet de mettre en place un double baromètre d'image de l'Agence nationale du DPC et du dispositif de DPC lui-même auprès des parties prenantes (ordres, CNP, ANFH, OPCO santé, ODPC, professionnels de santé), et d'en suivre régulièrement l'évolution pour piloter la politique de communication et faire évoluer le dispositif en fonction des attentes de ces acteurs.

Etat de la réalisation :

[82] La crainte d'une image négative de l'agence et du DPC a conduit à différer puis abandonner la construction d'un baromètre d'image au profit d'un audit de la communication de l'agence, confié à un prestataire, pour bâtir une stratégie de communication (objectif de l'action 2.3.2, cf. *infra*). Plusieurs arguments successifs ont été évoqués pour justifier ce choix : la perspective de modification des textes suites au rapport de la Cour des comptes (bilan 2018), la contestation de l'agence par la communauté médicale dans le contexte de la mise en place de la certification

périodique (bilans 2019 et 2020), la crise sanitaire (bilan 2020), témoignant de la réticence de l'agence à bâtir cet outil.

[83] La mission considère donc cette action comme non réalisée.

2.3.2 Action 2.3.2 : Formaliser une stratégie de communication

Objectif de l'action :

[84] Le COP demandait à l'agence de formaliser une stratégie de communication permettant de faire croître sa notoriété, et de renforcer son positionnement en permettant aux acteurs du système de santé de mieux comprendre son rôle. La stratégie devait notamment permettre de disposer d'une vision globale des actions à déployer sur une période de 3 ans et d'optimiser les dépenses correspondantes.

Etat de la réalisation :

[85] L'agence a choisi de passer par un prestataire externe pour réaliser un audit de sa communication et bâtir une stratégie en la matière (cf. action 2.3.1 ci-avant). Cet audit a été réalisé en 2020 mais le marché de conseil visant à définir les grands contours de la stratégie n'a été notifié qu'en juillet 2022.

[86] La mission considère donc cette action comme non réalisée.

2.3.3 Action 2.3.3 : Valoriser les travaux réalisés :

Objectif de l'action :

[87] Cette action invitait l'Agence à valoriser son activité, par des publications sous différents formats (rapports, livrets, rubriques éditoriales, newsletter, etc.) en vue de donner de la visibilité aux différentes parties prenantes sur les actions qu'elle mène et leurs résultats, et plus généralement sur l'avancée du dispositif de DPC, notamment par la publication de bilans chiffrés.

Etat de la réalisation :

[88] L'indicateur « Nombre d'articles de presse positifs / Nombre d'articles de presse », peu pertinent et difficilement auditable, a été supprimé lors du dialogue de gestion sur le bilan 2018 en septembre 2019. Il a quand même été mesuré pour 2018 et 2019 avec un résultat très inférieur à la cible du fait semble-t-il des retombées médiatiques du rapport critique de la Cour des comptes.

[89] L'agence a néanmoins réalisé les actions de communication consistant à publier sur son site son rapport d'activité, les chiffres clés du DPC et des bilans du déploiement du DPC et des actions de promotion du dispositif en tenant des conférences de presse et en diffusant des communiqués de presse.

[90] Cette action, dont la définition par le COP apparaît peu précise (à l'image de l'indicateur initialement retenu), peut donc être considérée comme réalisée.

2.3.4 Action 2.3.4 : Améliorer l'ergonomie globale du système d'information

Objectif de l'action :

[91] L'action visait à revoir en profondeur l'ergonomie du système d'information de l'ANDPC, pour ses utilisateurs internes (intranet) et externes (sites internet et extranet accessibles aux ODPC et professionnels de santé) en s'appuyant sur les évolutions technologiques prévues (cf. *infra* action 3.1.1.).

[92] Elle prévoyait en outre l'élaboration d'une charte définissant « *les principes généraux garantissant un niveau minimum de confort d'utilisation et d'accessibilité, l'homogénéité des codes visuels courants et des principes de navigation ainsi que l'amélioration des processus de conception et d'alimentation en contenu* ».

Etat de la réalisation :

[93] L'indicateur visant à mesurer, à partir de 2019, l'augmentation du taux de satisfaction des utilisateurs sur l'ergonomie des services en ligne n'a pas été mis en place. Un questionnaire devait être élaboré à cette fin mais ce projet a été différé dans l'attente de la refonte du site internet.

[94] Si cette refonte a été engagée, elle a en effet pris plus de temps que prévu du fait du manque de ressources internes et de la nécessité de faire évoluer l'ensemble du SI de l'agence (cf. axe 3) pour moderniser les différents portails, avec les étapes suivantes :

- audit confié à un cabinet extérieur au 1er semestre 2019 ;
- refonte de l'espace "professionnels de santé" engagée en 2019 et achevée en juillet 2020 pour l'ouverture du document de traçabilité (DDT) ;
- refonte de l'espace "ODPC" et du site institutionnel reportées au-delà de l'échéance du COP (travaux en cours en 2022).

[95] La mission considère cette action comme réalisée partiellement et avec retard, la charte SI n'ayant pas été élaborée.

2.4 Objectif 2.4 : Contribuer avec le Haut Conseil du DPC et les parties prenantes aux travaux d'évaluation de l'impact du DPC sur la qualité et la sécurité des soins

[96] Cet objectif portait sur l'engagement par l'agence et le Haut Conseil du DPC, en lien avec les parties prenantes, d'une démarche d'évaluation de l'impact du DPC sur la qualité et la sécurité des soins. Il comprenait deux actions distinctes - l'identification des axes de l'évaluation et le lancement d'un marché pour la définition de la méthodologie - qui ont en pratique été réalisées conjointement. De ce fait les deux indicateurs composites devant traduire l'avancement des deux actions se sont vus attribuer le même niveau de réalisation.

[97] La mission estime pour sa part que l'extrême complexité de l'exercice (isoler l'impact d'actions de DPC dont le nombre et l'hétérogénéité se prêtent mal à la mesure d'un effet global sur les pratiques professionnelles) rendait la cible impossible à atteindre dans le délai fixé.

Tableau 9 : Suivi des indicateurs de l'objectif 2.4

Indicateur	2018		2019		2020	
	Cible	Réalisé	Cible	Réalisé	Cible	Réalisé
Pourcentage d'avancement du projet d'élaboration des axes de l'évaluation (indicateur composite)	30 %	17 %	60 %	Travaux reportés	100 %	50 %
Pourcentage d'avancement du projet d'évaluation du DPC (indicateur composite)	Finalisation du cahier des charges et lancement de la procédure de marché	Cahier des charges en attente de validation	Présentation des résultats de l'étude	Travaux reportés	Mise en œuvre des préconisations retenues	50 %

Source : ANDPC

2.4.1 Actions 2.4.1 et 2.4.2 : Définir en concertation avec les parties prenantes les axes prioritaires sur lesquels portera l'évaluation d'impact du DPC, et passer un marché de prestation intellectuelle pour définir la méthodologie d'évaluation

Objectif de l'action :

[98] L'action 2.4.1 visait à définir les domaines prioritaires sur lesquels devait porter l'évaluation d'impact du DPC (citant comme critères possibles les orientations de DPC, les populations, et les professions de santé). L'action 2.4.2 consistait à passer un marché de prestation intellectuelle pour définir, à partir d'une analyse de la littérature scientifique et des caractéristiques du système de santé français, la méthodologie d'évaluation d'impact.

Etat de la réalisation :

[99] Les deux actions 2.4.1 et 2.4.2 ont été confondues dans leur réalisation et ont abouti, avec un décalage d'environ deux ans, à la signature en mai 2021 d'une convention de coopération entre pouvoirs adjudicateurs publics²⁷ avec l'Institut de recherche et de documentation en économie de la santé (IRDES), visant à évaluer les modalités de mise en œuvre et l'impact du DPC. Le projet est scindé en deux phases :

- une première d'analyse de faisabilité (démarches réglementaires et juridiques relatives à l'accès aux données voire au recueil de données complémentaires) et de finalisation du cadre d'analyse et du design d'évaluation (durée prévue : 1 an) ;
- une seconde, conditionnée aux conclusions de la première étape, de mise en œuvre du projet de recherche évaluatif (durée prévue : 4 ans).

²⁷ Sur la base de l'art. L. 2511-6 du code de la commande publique.

[100] Du fait de la grande hétérogénéité des actions de DPC, le champ de l'évaluation a été initialement recentré sur la comparaison entre l'impact des actions réalisées après appels d'offres et celui des actions réalisées via la procédure habituelle de « guichet ». Toutefois, le très faible déploiement des actions sélectionnées par appels d'offres (cf. *infra* 2.5) a conduit en 2022 à revoir la méthodologie pour comparer les actions par thématique des triennaux 2020-22 et 2023-25, le contenu des fiches de cadrage des orientations ayant été nettement précisé entre les deux périodes. En outre, se posent des problèmes d'accès aux données et d'appariement de ces dernières. De ce fait, la note finale de méthodologie de l'IRDES n'avait pas encore été remise en décembre 2022.

[101] La mission considère en conséquence ces actions comme « partiellement réalisées ».

2.5 Objectif 2.5 et action 2.5.1 : Mettre en œuvre des marchés de prestations de DPC pour des thématiques définies par le ministre chargé de la santé et passer ces marchés de prestations en concertation avec les professions de santé

[102] Cet objectif comportant une unique action demandait à l'agence de lancer, à la demande du ministre chargé de la santé, des marchés de prestations de développement professionnel continu, correspondant aux orientations prioritaires de DPC ou pour répondre à des besoins urgents de santé publique²⁸.

[103] L'indicateur était le même que celui de l'objectif 2.2, la production d'un « rapport annuel d'analyse sur l'offre et l'engagement des professionnels de santé dans certaines actions entrant dans le champ des orientations prioritaires spécifiquement ciblées par le ministre en charge de la santé ». Comme indiqué *supra*, ce rapport n'a pas été formalisé mais l'agence a fourni, à la demande du ministère de la santé, des données statistiques sur la participation des professionnels à certaines actions et notamment sur les actions sélectionnées par AAP ou AO.

²⁸ Cette demande s'appuyait sur l'article R. 4021-20 du code de la santé publique qui dispose qu'« A la demande du ministre chargé de la santé, l'Agence nationale du développement professionnel continu passe tout marché de prestations de développement professionnel continu, correspondant aux orientations prioritaires de développement professionnel continu mentionnées au 2° et au 3° de l'article L. 4021-2 ou pour répondre à des besoins urgents de santé publique. Les commissions scientifiques indépendantes et le Haut Conseil du développement professionnel continu des professions de santé en sont informés ».

Tableau 10 : Suivi des indicateurs de l'objectif 2.5

Indicateur	2018		2019		2020	
	Cible	Réalisé	Cible	Réalisé	Cible	Réalisé
Production d'un rapport annuel d'analyse sur l'offre et l'engagement des professionnels de santé dans certaines actions entrant dans le champ des orientations prioritaires spécifiquement ciblées par le ministre en charge de la santé	Rapport annuel	Pas de marché en 2018	Rapport annuel	Le 1 ^{er} rapport sera produit en 2021	Rapport annuel	Le 1 ^{er} rapport sera produit en 2021

Source : ANDPC

Etat de la réalisation :

[104] Cette action a été réalisée en fin de COP, sur les thématiques pour lesquelles le ministère a demandé à l'agence de le faire :

- le déploiement du DPC interprofessionnel a donné lieu en 2019 au lancement d'un appel à projets (AAP) et non d'un appel d'offres (AO) avec 10 organismes retenus en 2019 ou 2020 (cf. action 2.2.1) et 12 actions publiées. 74 professionnels ont participé à ces actions en 2020 et 101 en 2021 ; en 2022, 105 professionnels se sont inscrits ;
- un AO pour l'achat d'« actions de DPC sur le repérage et l'évaluation des troubles cognitifs en médecine générale » a été lancé en 2020 sous forme d'accord-cadre multi-attributaires en procédure adaptée, et notifié en janvier 2021 pour 3 ans, à un seul titulaire. 116 professionnels ont participé en 2021 à ces actions mais seulement 6 en 2022 ;
- un AO pour l'achat d'« actions de DPC sur le repérage et la prise en charge précoces des enfants de 0 à 7 ans présentant un trouble du neuro développement (TND) » été lancé en avril 2021 sous forme d'accord-cadre multi-attributaires avec deux lots : 1/repérage et orientation précoces d'un enfant de 0 à 7 ans présentant un risque de TND dont les troubles du spectre de l'autisme (TSA) par les médecins généralistes et pédiatres. 2/ coordination du parcours diagnostic, diagnostic et coordination de la prise en charge des enfants présentant un TND dont les TSA par les médecins généralistes et pédiatres déjà formés ou déjà référents sur un territoire. Le premier lot a été attribué à deux prestataires et le deuxième à un seul prestataire. Suite à une erreur de sa part sur les prix, l'un des prestataires a renoncé au marché ce qui a conduit l'agence à résilier l'attribution du lot 1, l'autre prestataire n'ayant pas la capacité d'assurer la totalité des prestations. Un nouvel AO a été lancé en août 2022 pour un accord-cadre sur le lot 1, le lot 2 continuant à s'appliquer.
- un AO pour l'achat d'« actions de DPC pour la maîtrise de l'antibiorésistance » a été lancé début 2022, avec retard (du fait du projet, finalement abandonné, de groupement d'achat avec l'ANFH et l'OPCO santé), avec 6 lots définis par profession (médecins de ville, médecins spécialistes en chirurgie et en médecine interventionnelle, sage-femmes, chirurgiens-dentistes, pharmaciens titulaires d'officine, biologistes médicaux), sous forme d'accords-cadres mono ou multi-attributaires (selon le lot). Les candidats ayant déposé des offres (8

sur le lot 1, 1 - le même - sur chacun des lots 2,3 et 4, 2 sur le lot 5 et 4 sur le lot 6) ont tous été soit écartés pour offres irrégulières, soit éliminés pour notes insuffisantes sur certains des critères de valeur technique des offres ou pour une note globale de valeur technique inférieure au seuil exigé.

[105] Les nombres d'inscriptions de professionnels aux actions issues de l'AAP et de l'unique AO ayant abouti apparaissent donc bien peu significatifs, au point que l'Agence a proposé à l'assemblée générale du 27 novembre 2022, qui l'a accepté, d'arrêter la montée en charge des appels d'offres (donc de ne pas relancer l'AO sur l'antibiorésistance) et de négocier la résiliation des deux appels d'offres notifiés pour motif d'intérêt général²⁹. De fait, si le recours à des AO ou AAP permet de définir précisément le contenu attendu des actions, il ne garantit pas la présentation d'offres de qualité (certains candidats se bornant à reprendre dans leur proposition le contenu du cahier des charges) ni, surtout, l'inscription des professionnels de santé aux actions sélectionnées. Pour l'agence, la disproportion entre le faible nombre d'inscriptions et l'importance du travail nécessaire pour construire les cahiers des charges et conduire les procédures de marché justifie l'abandon de cette solution.

[106] La mission considère néanmoins cette action comme réalisée, l'agence ayant répondu à la commande ministérielle.

3 Bilan de l'axe 3 : Mettre en œuvre un système d'information structuré, efficient et sécurisé

[107] Dès la mise en place de l'OGDPC qui a précédé l'agence actuelle, le choix a été fait du « tout informatique » pour la gestion des relations entre l'organisme en charge du DPC, ses instances internes, les professionnels de santé et les ODPC. Le rapport de l'IGAS sur l'OGDPC³⁰ pointait toutefois des « développements informatiques mal maîtrisés », laissant trop d'initiative au prestataire et nécessitant une « remise en ordre progressive ».

[108] Ce troisième axe stratégique visait justement à conforter le choix fait par l'ANDPC de réinternaliser le pilotage de son SI, et à inscrire désormais les développements nécessaires dans un cadre structuré (un schéma directeur des SI- SDSI). En outre une réflexion a été demandée à l'agence sur la mise à disposition des données dont elle dispose dans le respect des prescriptions du règlement général de protection des données (RGPD).

[109] L'axe comprend deux objectifs et sept actions.

²⁹ L'agence souhaite toutefois ne pas résilier toute de suite le lot 2 de l'AO TND et attendre de voir si des professionnels s'inscrivent, la résiliation étant juridiquement difficile à mettre en œuvre avant tout début d'exécution.

³⁰ « Contrôle de l'OGDPC et évaluation du DPC des professionnels de santé », B. Deumié, P. Georges et JP. Natali, IGAS, avril 2014.

Tableau 11 : Bilan synthétique de la réalisation de l'axe 3

Objectifs	Nombre d'actions	Réalisées dans le calendrier fixé	Réalisées avec retard ou partiellement réalisées	Non réalisées ou abandonnées
Objectif 3.1 : Améliorer la performance du système d'information	3	1	1	1
Objectif 3.2 : Mettre à disposition les données du DPC	2		2	
Ensemble	5	1	3	1

Source : mission d'après données ANDPC.

3.1 Objectif 3.1 : Améliorer la performance du système d'information

[110] Cet objectif visait à accroître la performance du SI de l'ANDPC dans trois domaines : la poursuite des développements engagés pour faire évoluer les fonctionnalités et l'ergonomie de l'outil, la définition d'une stratégie de moyen terme avec l'élaboration d'un SDSI et le renforcement de la sécurité SI.

[111] Il a été assorti de quatre indicateurs, deux indicateurs composites d'avancement de projet (dont le COP ne donnait pas les modalités de construction) correspondant aux deux premières actions et deux indicateurs pour la troisième concernant la sécurité informatique : un indicateur « pourcentage d'actions de sécurité mises en œuvre » pour lequel il n'était pas fixé de cible et un indicateur traduisant la réalisation du volet de l'action relatif à la mise en conformité au RGPD. Le premier indicateur composite a été abandonné ; les cibles des deuxième et quatrième indicateurs n'ont pas été atteintes dans les délais prévus.

Tableau 12 : Suivi des indicateurs de l'objectif 3.1

Indicateur	2018		2019		2020	
	Cible	Réalisé	Cible	Réalisé	Cible	Réalisé
Pourcentage d'avancement des développements informatiques de court terme (indicateur composite abandonné en 2019)			50 %	Abandon de l'indicateur en 2019	100 %	Abandon de l'indicateur en 2019
Pourcentage d'avancement du projet de SDSI (indicateur composite)			75 %	Non engagé	100 %	Note trajectoire SI
Pourcentage d'actions de sécurité mises en œuvre au regard des risques identifiés	Identification des risques (action 4.1.1)		Absence de cible	Externalisation des sauvegarde des AO Infogérance étendue.	Absence de cible	Espace-PS : en haute disponibilité Etude "refonte réseau" : en cours *Pilote "site de secours" : été 2021
Mise en conformité au règlement européen sur la protection des données	Mise en œuvre des obligations du RGPD	En cours	Réputée atteinte en 2018_		Réputée atteinte en 2018	

Source : ANDPC

3.1.1 Action 3.1.1 : Finaliser les développements de court terme nécessaires à la gestion du DPC et au fonctionnement de l'Agence

Objectif de l'action :

[112] La première action peut s'apparenter à du micro-management de la part des tutelles, puisqu'elle avait pour objet de demander à l'agence de réaliser les développements nécessaires à la gestion du DPC (notamment pour intégrer les conséquences des évolutions réglementaires du DPC résultant du décret de 2016) et de poursuivre les évolutions technologiques qu'elle avait engagées pour améliorer l'évolutivité et l'ergonomie du SI. Elle mentionnait en outre les développements nécessaires à l'ouverture à l'ensemble des professionnels du document de traçabilité, compte numérique personnel destiné à retracer les actions de DPC suivies.

Etat de la réalisation :

[113] Lors du dialogue de gestion sur le bilan 2018 du COP, il a été décidé de ne plus suivre l'indicateur de cette action, celle-ci ne correspondant pas à un « projet » bien identifié mais à des opérations de maintenance corrective et évolutive récurrentes, pour adapter le SI aux évolutions réglementaires (ex : validité triennale des actions) ou à des changements de modes d'interventions (lancement d'AO), et ne se prêtant donc pas à la construction d'un indicateur de gestion de projet.

[114] Cette action peut être néanmoins considérée comme réalisée même si des problèmes de ressources internes ont conduit à décaler certaines évolutions (recrutement d'un nouveau responsable SI fin 2019, renouvellement et renforcement de l'équipe en 2020).

3.1.2 Action 3.1.2 : Elaborer un schéma directeur des systèmes d'information

Objectif de l'action :

[115] Cette action consistait à demander à l'agence d'élaborer un schéma directeur des systèmes d'information (SDSI) en phase avec sa stratégie métier, document décrivant l'architecture matérielle et logicielle cible de ses SI et les projets à conduire pour l'atteindre, assorti d'une priorisation. Le contenu du SDSI devait inclure « une cartographie des risques informatiques (identification des risques, plans d'actions associés) » et une « description des interfaces » avec les ordres, les CNP, les ODPC, et les organismes financeurs.

[116] En termes de méthode, le COP demandait à l'agence de conduire une « large concertation avec les utilisateurs » et de gérer l'élaboration du SDSI « en mode projet ».

Etat de la réalisation :

[117] L'agence n'a pas élaboré le SDSI, ni lancé la prestation d'accompagnement annoncée lors de la présentation du bilan 2019. Elle a cependant adressé à ses tutelles en juillet 2020 une note définissant une trajectoire d'évolution du SI, ainsi qu'une autre note en juillet 2021 sur l'articulation du SI-DPC avec le futur SI de la certification périodique, confié depuis à l'ANS par la DGOS.

[118] La note de juillet 2020 décrit les principaux axes d'évolution du SI de l'agence mais ne constitue pas un outil de planification et de pilotage, puisqu'elle ne détaille ni les différents chantiers ni leur charge estimée (en ressources internes et en prestations extérieures), et n'établit pas les priorités et le calendrier, avec les principaux jalons de mise en œuvre. De même, la cartographie des risques informatiques et la description des interfaces avec les partenaires n'ont pas été formalisées. L'ensemble de ces travaux reste à effectuer pour élaborer un SDSI à partir de ces orientations.

[119] La mission considère en conséquence que cette action n'a pas été réalisée.

[120] L'agence a indiqué à la mission que la relance du SDSI est subordonnée à l'avancement des travaux de l'Agence du numérique en santé (ANS) sur le SI de la certification périodique avec lequel le SI de l'ANDPC doit s'interfacer, ainsi qu'à une décision sur la mise en place de « comptes établissements » pour faciliter l'inscription des professionnels salariés aux actions de DPC. La mission relève sur ce point que les fédérations qu'elle a rencontrées sont pour leur part en attente d'initiative de l'agence sur ce dossier, au point mort depuis plus d'un an. L'agence a indiqué à la mission que l'absence de prise de position de ses tutelles sur ce sujet et la mission donnée par la DGOS à l'Agence du numérique en santé (ANS) pour la construction du SI de la certification périodique avaient justifié la suspension de ces travaux (cf. annexe 6).

3.1.3 Action 3.1.3 : Renforcer la sécurité en mettant en œuvre un plan de continuité de service

Objectif de l'action :

[121] Cette action était liée à la précédente puisque le renforcement de la sécurité informatique nécessite l'élaboration d'une cartographie des risques informatiques, qui devait constituer une composante tant du SDSI que de la cartographie des risques visée par l'action 4.1.1. Cette cartographie devait permettre à l'agence d'élaborer un plan de continuité des services informatiques, composante du plan de reprise d'activité, et de mettre en place les actions pour prévenir la réalisation des risques ou corriger les conséquences de leur survenue.

[122] L'action impliquait en outre que l'agence prenne les dispositions nécessaires pour garantir la sécurité et la qualité des données personnelles conformément aux prescriptions du RGPD.

Etat de la réalisation :

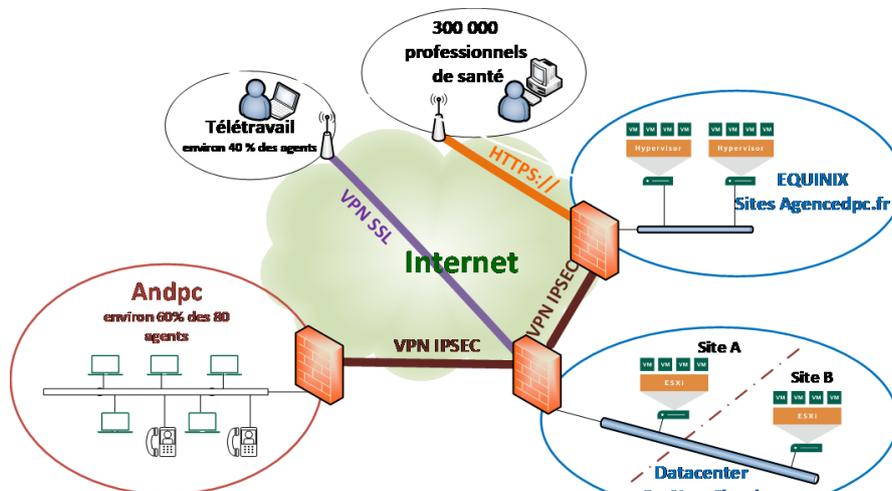
[123] La réalisation de cette action est liée à celle de l'action 4.1.1 consistant en l'élaboration d'une cartographie des processus et des risques qui n'est toujours pas réalisée (cf. *infra* action 4.1.1). Elle est aussi liée à l'élaboration d'un plan de continuité de l'activité qui est mentionné dans les bilans mais n'a pas été formalisé et ne fait pas l'objet d'une revue régulière au regard d'une analyse de risque actualisée.

[124] Cependant, des actions de sécurisation informatique ont été conduites, principalement dans le cadre d'un marché d'infogérance, les architectures techniques ayant été bâties pour un maintien de la disponibilité du SI en cas d'incident. L'agence estime qu'en cas de sinistre majeur avec indisponibilité du site d'infogérance ou de la salle serveurs du siège, la reprise d'activité en mode dégradé (PRA) est possible sous 2 jours grâce aux sauvegardes externalisées quotidiennement.

[125] Un audit de sécurité a par ailleurs été confié à un prestataire en 2021 pour analyser la vulnérabilité des différents sites internet de l'agence. Cet audit a conclu à une vulnérabilité élevée du site <https://www.agencedpc.fr/professionnel> et à une vulnérabilité basse des autres sites, et formulé des recommandations pour maîtriser les risques identifiés. L'agence a indiqué à la mission que les failles détectées ont toutes été corrigées et qu'un nouvel audit serait lancé prochainement.

[126] L'objectif de l'agence est de transférer d'ici 2024 l'infogérance et sa propre salle serveurs à un prestataire de service d'informatique en nuage (Secnumcloud) avec une sécurisation des infrastructures (sites de secours) et un service de secours à la production en cas d'incident (plan de reprise de l'activité) dans des délais courts (*recovery time objective* : 2 heures ; *recovery point objective* : 4 heures).

Schéma 1 : Nouvelle organisation des infrastructures de l'agence (2023-2024)



Source : ANDPC

[127] L'agence s'est faite accompagner par un prestataire en 2022 pour identifier les travaux **de mise en conformité au RGPD**. Un tableau de suivi, mentionnant les travaux à effectuer et leur calendrier, a été élaboré avec l'ensemble des services de l'agence pour mettre en œuvre les recommandations du prestataire, le chantier devant s'achever à la fin du premier trimestre 2023.

[128] Au vu de ces éléments, la mission estime que l'action a été partiellement réalisée.

3.2 Objectif 3.2 : Mettre à disposition les données du DPC

[129] Cet objectif portait sur la définition des conditions d'accès des tiers aux données détenues par l'ANDPC et sur le développement des échanges de données avec les partenaires, notamment les fonds de financement de la formation des professionnels de santé.

[130] Il était assorti de trois indicateurs : deux indicateurs correspondant à la production de documents retraçant l'avancement des travaux à réaliser et un troisième correspondant à la production d'un document cadre (charte d'accès aux données). L'ANDPC indique dans le suivi du COP avoir présenté une note au HCDPC sur les conditions d'accès aux données et avoir engagé des relations conventionnelles avec ses partenaires sur les échanges de données. En revanche, la charte d'accès aux données (3^{ème} indicateur) n'a pas été produite.

Tableau 13 : Suivi des indicateurs de l'objectif 3.2

Indicateur	2018		2019		2020	
	Cible	Réalisé	Cible	Réalisé	Cible	Réalisé
Définition des conditions d'accès aux données					Note aux tutelles	Note présentée au HCDPC
Fourniture des informations sur le DPC quel que soit le mode d'exercice des professionnels de santé			Rapport annuel	Rapport d'activité 2018 (information partielle) réflexion engagée sur l'accès aux données incluses dans le document de traçabilité	Rapport annuel	Convention OPCO santé et ANFH révisée. Rapport d'activité 2019 (informations ANFH et SSA) Conventions de mise à disposition du DDT auprès des autorités de contrôle en cours
Charte d'accès aux données élaborée et validée					Production de la charte	

Source : ANDPC

3.2.1 Action 3.2.1 : Définir les conditions d'accès par des tiers aux données anonymisées des parcours individuels de DPC à des fins statistiques

Objectif de l'action :

[131] Dans le cadre de cette action il était demandé à l'agence d'établir une cartographie des données du DPC, associée à un modèle de données et à un dictionnaire des données, de disposer d'une vision générale des habilitations d'accès et d'en sécuriser le processus, d'établir une cartographie des interfaces avec ses partenaires et de définir les conditions d'accès aux données dans le cadre de l'ouverture des données publiques selon cinq critères : type de données (détaillées ou agrégées), accès libre ou restreint, payant ou gratuit, format de mise à disposition des données, conditions juridiques de la réutilisation.

Etat de la réalisation :

[132] Les travaux se sont en pratique centrés sur le document de traçabilité (DDT), ouvert en décembre 2020, permettant de recenser les actions de DPC suivies par les professionnels, ainsi que sur la définition des conditions d'échange, avec les ordres, des données individuelles contenues dans ce document (cf. action 3.2.2). Des informations agrégées sont par ailleurs diffusées sur le site de l'agence (chiffres clés) ou fournies depuis décembre 2021 aux CNP et aux ordres ainsi qu'aux fédérations d'établissements et centres de santé sur les actions suivies par les professionnels de leur champ. Le faible nombre de DDT ouverts par des professionnels non

financés par l'agence et notamment par les salariés (de l'ordre de 45 000) limite toutefois l'intérêt de ces données. L'agence a indiqué par ailleurs à la mission prévoir de s'engager dans un projet d'open data à compter de 2023.

[133] L'agence a en outre élaboré un dictionnaire des données, à usage interne. Mais la définition des conditions d'accès aux données sur la base des cinq critères mentionnés dans le COP n'a pas été établie. De ce fait l'objectif final d'accès, à des fins statistiques, à des données anonymisées des parcours de DPC n'a pas été atteint.

[134] La mission considère ainsi cette action comme partiellement réalisée.

3.2.2 Action 3.2.2 : Définir les conditions d'accès réciproques aux données du DPC

Objectif de l'action :

[135] L'action visait le développement des échanges de données, par voie conventionnelle, avec :

- les autres financeurs du DPC (ANFH, OPCO santé, FAF-PM, FIF-PL) afin de recenser l'ensemble des actions de DPC suivies par un professionnel ;
- l'ASIP-santé (devenue l'ANS), gestionnaire du répertoire partagé des professionnels de santé (RPPS) ;
- l'assurance maladie, gestionnaire des conventions avec les professionnels de santé libéraux ;
- ou d'autres partenaires.

[136] Les ordres professionnels n'étaient pas explicitement mentionnés mais leur responsabilité dans le suivi de l'obligation de DPC des professionnels en relevant conduisait à les inclure dans les « autres partenaires ».

Etat de la réalisation :

[137] Les échanges d'information poursuivis ou mis en place durant le COP sont de nature diverse et ne reposent pas systématiquement sur des conventions :

- en application des dispositions réglementaires relatives au RPPS³¹, l'ANDPC a accès aux données de ce répertoire en tant que « groupement créé par la loi ou le règlement dans les domaines sanitaire, médico-social et social », sans convention particulière. Dans ce cadre, l'ANDPC bénéficie d'une synchronisation quotidienne des données de sa base avec le RPPS (en masse) et dispose du web service permettant un accès automatisé ponctuel au répertoire pour valider les nouvelles inscriptions de professionnels ;

³¹ Arrêté du 23 septembre 2022 relatif à la mise en œuvre du « Répertoire partagé des professionnels intervenant dans le système de santé » (RPPS) pris en application de l'article L. 1470-4 du code de la santé publique.

- parmi les organismes financeurs, seule l'ANFH a signé une convention (non datée) avec l'ANDPC prévoyant, d'une part la transmission hebdomadaire par celle-ci d'une liste historicisée des actions de DPC publiées, et d'autre part la transmission annuelle par l'ANFH de données relatives à l'engagement des professionnels salariés de la fonction publique hospitalière, agrégées par professions et spécialités (nombre de professionnels engagés, nombre d'inscriptions, typologie et format des actions, montant engagés, noms des ODPC et libellé des actions). En revanche, aucune convention n'a été signée avec l'OPCO santé, dont le SI ne permet pas aujourd'hui d'identifier les actions de DPC, ni avec les fonds de financement de la formation des professionnels libéraux (FAF-PM, FIF-PL), ni avec le CNFPT, financeur de la formation continue des professionnels de santé salariés des collectivités territoriales et de leurs établissements publics ;
- l'ANDPC a signé des conventions avec six des sept ordres professionnels³², par lesquelles elle s'engage à leur fournir les synthèses annuelles et triennales individuelles des actions suivies par les professionnels relevant de leur contrôle (du respect de l'obligation de DPC) ;
- l'ANDPC a indiqué avoir récemment obtenu de la CNAM, la transmission mensuelle d'un fichier donnant la liste des professionnels conventionnés.

[138] Au total, la mission estime que cette action n'a été que partiellement réalisée, même si la responsabilité de ce résultat mitigé n'incombe pas qu'à l'ANDPC mais également à ses partenaires.

4 Bilan de l'axe 4 : Maîtriser les risques et développer la performance et l'efficacité

[139] Depuis la création du DPC en 2009, les missions du GIP ont évolué entraînant de nombreuses réorganisations. Les équipes du GIP ont dû s'adapter à de nouveaux modes de fonctionnement souvent mis en œuvre dans l'urgence. Certains dysfonctionnements sont apparus au cours du temps et ont permis d'identifier des risques majeurs qui auraient pu bloquer le bon fonctionnement de l'Agence.

[140] Aussi ce quatrième axe stratégique a-t-il visé à renforcer la maîtrise des risques et l'efficacité.

[141] Il a été prévu que le renforcement de l'analyse et de la maîtrise des risques repose sur une approche systématique, associée à une cartographie des processus devant permettre de faciliter les opérations de rationalisation et de mieux cibler la démarche de progrès.

[142] Il a aussi été prévu que les plans d'actions mis en œuvre à l'issue de ces opérations soient complétés par différentes dispositions visant à rendre l'Agence plus efficace en matière de ressources humaines, de pilotage, d'éthique et de fonctionnement budgétaire, financier et comptable.

³² L'ordre des sage-femmes faisant exception.

[143] Cet axe a été décomposé en trois objectifs et neuf actions.

Tableau 14 : bilan synthétique de la réalisation de l'axe 4

Objectifs	Nombre d'actions	Réalisées dans le calendrier fixé	Réalisées avec retard ou partiellement réalisées	Non réalisées ou abandonnées
Objectif 4.1 : Identifier les risques par processus	2		1	1
Objectif 4.2 : Renforcer la fonction RH	3	2		1
Objectif 4.3 : Poursuivre les travaux relatifs à l'efficacité du fonctionnement de l'Agence et des opérations de DPC	4		4	
Ensemble	9	2	5	2

Source : mission d'après données ANDPC.

4.1 Objectif 4.1 : Identifier les risques par processus

[144] Cet objectif comprenait deux actions, la première consistant à réaliser une cartographie des processus et des risques et la seconde à relancer, sur cette base, le contrôle interne. A ces deux actions étaient associés deux indicateurs visant à mesurer leur stade d'avancement respectif.

Tableau 15 : suivi des indicateurs de l'objectif 4.1

Indicateur	2018		2019		2020	
	Cible	Réalisé	Cible	Réalisé	Cible	Réalisé
Pourcentage d'avancement du projet de cartographie des processus et des risques (indicateur composite)			50 %	0 %. Contact pris auprès de l'UGAP pour le choix d'un prestataire	100 %	80 %
Pourcentage d'actions de contrôle interne menées			100 %	Remise à plat de la procédure d'ordonnement	100 %	- Note de cadrage de la démarche de contrôle interne financier - Lancement de la cartographie des processus et des risques sur le champ des dépenses d'intervention - Lancement des travaux d'amélioration de la chaîne d'engagement et d'exécution de la dépense sur le champ des dépenses de fonctionnement installation d'un groupe de travail sur le champ des dépenses de fonctionnement

Source : ANDPC

4.1.1 Action 4.1.1 : Elaborer une cartographie des processus et des risques

Objectif de l'action :

[145] Il a été demandé à l'Agence de cartographier les processus pour disposer d'une vue globale de son fonctionnement. Cette première étape devait permettre d'identifier les acteurs et actions clés intervenant dans le DPC. Puis, sur la base de la cartographie des processus, l'Agence devait s'attacher à définir une cartographie des risques c'est-à-dire identifier, évaluer, hiérarchiser, prévenir, gérer et réparer l'ensemble des risques liés à son activité.

Etat de la réalisation :

[146] La cartographie a pris du retard lors des années 2018 et 2019 pour un motif peu probant: « L'organisation de l'Agence ne permettait pas d'affecter cette action transversale à une direction en particulier »³³... cette réalité étant décelable dès la négociation puis l'entrée en vigueur du COP, il était a priori possible d'anticiper ; d'autant que l'attribution du dossier en interne pouvait s'effectuer sans attendre un éventuel changement d'organigramme (surtout en cas de recours partiel à un prestataire externe). L'agence ne s'est d'ailleurs hasardée à aucune explication du retard pris dans son bilan 2019, se bornant à y constater que « la création d'une direction projets facilitera l'aboutissement ».

[147] Compte tenu de la survenance de la crise sanitaire début 2020, cette action de cartographie devant aboutir en 2020 n'a ainsi finalement démarré qu'« en fin d'année 2020 »³⁴. Le directeur en charge des projets transversaux indiquait toutefois dès l'assemblée générale du 27 novembre 2020 que « l'agence est en cours de finalisation de la cartographie des processus. Plus de 27 ateliers ont été programmés dont 16 ont déjà eu lieu », la Directrice générale précisant que « les choses avancent et la cartographie sera présentée au mois de mars ». La mission a d'ailleurs eu communication d'un document daté du 27 novembre 2020, concluant : « *Calendrier & prochaines étapes : Un CODIR de point d'étape est prévu le 19 novembre avec le cabinet Eurogroup. Une partie des livrables devrait être présentée lors de la prochaine réunion de l'Assemblée Générale. Un Comité de direction, CODIR dédié, est prévu début décembre. Il permettra de finaliser la cartographie des risques et de mettre en place un plan d'actions* ».

[148] De fait, lors du dialogue de gestion du 25 juin 2021 l'agence a indiqué qu'« avec l'aide du cabinet Eurogroup, la cartographie des processus et des risques devrait être finalisée pour 2021 »... La Directrice générale a même évoqué à l'assemblée générale du 24 novembre 2021 « une première version qui répond à un des objectifs du COP », pour la construction de laquelle « l'agence a été accompagnée par un cabinet », précisant que « la première étape a consisté à lister les différents process. Puis, une fois que les différents risques de ces process ont été identifiés, ils ont été classés en fonction de plusieurs champs : gouvernance, image, juridique, financier et en fonction de leur gravité. Le plan d'actions à mettre en œuvre a ensuite été établi. Cette cartographie sera une base pour préparer les quelques actions qui pourraient être intégrées dans un avenant 2022 et pour aider à la définition des axes de travail pour le prochain COP ».

³³ Tableau de suivi du COP communiqué à la mission par la DGOS.

³⁴ Selon le bilan 2020 de l'agence.

[149] Compte tenu de ces différentes annonces et affirmations effectuées courant 2021, la mission s'est étonnée de n'avoir eu communication d'aucun document plus récent que celui de novembre 2020 ; l'agence a alors indiqué que la personne chargée de reprendre le dossier de la cartographie venait seulement d'être recrutée au 1er novembre 2022. Ce qui n'explique pas l'absence de documents à l'appui des affirmations de novembre 2021 quant à une première version.

[150] Au vu des documents obtenus de l'agence, la mission conclut que l'action n'a été réalisée que partiellement, et avec un retard substantiel. S'agissant du degré de réalisation, le manque de précisions dans l'annexe au COP sur les différents jalons du projet rend l'« indicateur composite de gestion de projet » peu auditable.

4.1.2 Action 4.1.2 : Poursuivre le développement du contrôle interne

Objectif de l'action :

[151] En tant qu'organisme soumis au décret n° 2012-1246 du 7 novembre 2012 relatif à la gestion budgétaire et comptable publique (GBCP), l'ANDPC est tenue de déployer un contrôle interne budgétaire et un contrôle interne comptable. L'agence ayant d'ores et déjà mis en œuvre des procédures de contrôle interne comptable, le COP a prévu qu'elle développe en complément un contrôle interne budgétaire. Il a également été demandé à l'agence de régulièrement actualiser et compléter les procédures de contrôle interne comptable et budgétaire au vu de ses évolutions d'organisation et de fonctionnement, ceci devant s'effectuer en lien avec les tutelles et le contrôleur général économique et financier.

Etat de la réalisation :

[152] Une note de cadrage relative à la démarche de contrôle interne budgétaire et comptable de l'Agence a été présentée à l'Assemblée générale du 27 novembre 2020. Mais cette action a ensuite pâti des importants retards pris dans le cadre de l'action 4.1.1 puisqu'en l'absence de cartographies des processus et donc des risques, il n'est pas possible de mettre en place le contrôle interne qui vise justement à la maîtrise de ces risques³⁵.

[153] S'agissant plus spécifiquement du contrôle interne comptable, l'action de l'agence a en outre été entravée par la longue période d'incertitude en matière de degré de soumission au décret GBCP. Plus généralement, l'action de l'agence en matière de contrôle interne a aussi subi les conséquences des difficultés, notamment RH, en matière de SI et de statistiques (impactant les modalités de tenue de la comptabilité budgétaire, restée largement artisanale sur Excel).

[154] Toujours est-il que le plan de contrôle interne est loin d'être en place, puisque l'agence a indiqué à la mission qu'elle venait seulement de recruter le contrôleur interne « qui démarre ses travaux ». De fait, l'indicateur du COP, à savoir le pourcentage d'actions de contrôle interne menées, reste à ce jour sans objet (sa cible était de 100 % dès 2019).

³⁵ Le document de novembre 2020 relatif à la cartographie des processus et des risques évoque, à sa dernière page, le sujet de l'« Articulation entre la démarche Cartographie des risques et les démarches (...) CIB/CIC ».

[155] Ainsi, l'action de poursuite du développement du contrôle interne n'a pas été réalisée.

4.2 Objectif 4.2 : Renforcer la fonction RH

[156] Cet objectif regroupait trois actions portant sur la gestion des ressources humaines de l'agence, notamment sur la gestion de la masse salariale et la production d'un bilan social (actions 4.2.1 et 4.2.3). Il comportait en outre une action 4.2.2 relative au système d'indemnisation des membres des instances de l'agence (HCDPC, CSI et sections professionnelles). L'unique indicateur associé concernait la troisième action, la production du bilan social qui a été effective à partir de 2019.

Tableau 16 : suivi des indicateurs de l'objectif 4.2

Indicateur	2018		2019		2020	
	Cible	Réalisé	Cible	Réalisé	Cible	Réalisé
Production d'un bilan social annuel	Bilan annuel	Non réalisé	Bilan annuel	Premier bilan en 2020 sur 2019	Bilan annuel	Bilan annuel

Source : ANDPC

4.2.1 Action 4.2.1 : Maîtriser la masse salariale de l'Agence

Objectif de l'action :

[157] Depuis sa création, l'Agence nationale du DPC s'est inscrite dans une dynamique de recrutement liée aux nouvelles missions qui lui ont été confiées. Dans ce contexte, des outils RH développés aux fins de suivi budgétaire devaient permettre de poursuivre l'effort de maîtrise de la masse salariale dans le cadre de la préparation et du suivi du budget de fonctionnement de l'Agence (outils de suivi de la masse salariale et du plafond d'emplois, et schéma d'emplois)

Etat de la réalisation :

[158] Malgré l'absence de mise en place d'outils ad hoc, la cour des comptes avait pointé une baisse du salaire moyen depuis 2016. Toutefois, depuis ce constat effectué en 2019 la masse salariale de l'agence a progressé de 14 % en 2020 et de 5 % en 2021. La hausse moyenne annuelle sur la période triennale 2019-2021 s'est ainsi élevée à 6,5 %.

[159] L'indicateur, qui n'a été précisé (parmi d'autres nouveaux indicateurs) qu'à la faveur de l'avenant au COP, n'a toutefois « pas été renseigné de façon rétroactive sur la période antérieure », comme cela a été souligné lors du dialogue de gestion du 25 juin 2021, ; la mission a donc effectué ses propres calculs.

[160] Dans un domaine se prêtant autant à la quantification voire à des normes (de dépense), la mission s'étonne d'ailleurs de l'absence d'indicateurs jusqu'à la signature de l'avenant au COP du 3 mai 2021, aussi bien que de l'absence de cibles pour ceux définis dans l'avenant. Tout ceci jette

un doute sur la réalité du portage de cette action, tant côté agence que côté tutelles, d'autant que les tutelles votent chaque année, dans le cadre du débat budgétaire en assemblée générale, l'évolution des effectifs et de la masse salariale, et ont donc déjà tous les moyens de contrôle à leur disposition. Ne préciser qu'en mai 2021 les indicateurs dont elles auraient besoin pour se prononcer ne pouvait avoir aucun effet puisque le budget et la masse salariale 2021 étaient déjà votés à cette date.

[161] En l'absence d'objectifs fixés par les tutelles, évaluer si les rythmes de croissance de la masse salariale de l'agence sont réputés « maîtrisés » ne semble possible que par comparaison aux évolutions habituelles dans la sphère publique. Mais un tel exercice reste très délicat tant les différents opérateurs ne partent pas tous de la même situation initiale et ne font pas face aux mêmes défis (baisse ou hausse de la charge associée à leurs missions). La mission estimant donc qu'il lui est impossible de se positionner, elle reprend à son compte l'évaluation des tutelles selon laquelle l'action est réputée réalisée.

[162] Au-delà des réserves déjà exprimées, la mission note que cette action apparaît en décalage avec les principaux défis de l'agence, qui consistent à réussir à opérer les recrutements adéquats dans un contexte juridique défavorable à leur attractivité, qui a été maintes fois débattu en assemblée générale (cf. section 2.1 de l'annexe 3) ; dans ce contexte et compte tenu d'effectifs de quelques dizaines d'agents, le fait de pourvoir certains emplois peut d'ailleurs substantiellement impacter les évolutions annuelles de masse salariale et de salaire moyen ; sachant que les enjeux budgétaires internes de l'agence sont du second ordre face à ceux qui entourent la bonne utilisation de l'enveloppe consacrée au DPC.

4.2.2 Action 4.2.2 : Réviser le système d'indemnisation des membres des instances

Objectif de l'action :

[163] Il a été demandé à l'Agence de conduire avec les sections professionnelles une réflexion pour réviser les modalités d'indemnisation des membres de ses instances en décorrélant le montant des vacances de la lettre-clé de chaque profession.

Etat de la réalisation :

[164] Dès son bilan 2019, l'agence a indiqué qu'elle « juge inopportun et risqué politiquement de s'attaquer en même temps au système d'indemnisation » et qu'« elle propose la suppression de cette action et de lui substituer la négociation d'un nouveau modèle de financement ».

[165] La mission note que ce nouvel objectif proposé par l'agence porte sur un champ différent (l'indemnisation des professionnels de santé participant à des actions de DPC et non celle des membres des instances) et est bien plus flou que l'objectif initial, la « négociation » et la « nouveauté » d'un modèle devenant des fins en elles-mêmes, sans aucune spécification de l'objectif réellement poursuivi. La formulation est tellement vague que ce nouvel objectif double potentiellement avec une action déjà inscrite au COP : l'action 4.3.2 (voir section ad hoc infra).

[166] Mais la mission note aussi que les tutelles ne se sont pas positionnées de façon très claire face à cette proposition de l'agence : si la DGOS « demande néanmoins qu'une date cible soit fixée » lors du dialogue de gestion du 4 septembre 2019, l'absence ultérieure de dates cibles et – dès le départ – de tout indicateur suggèrent un portage assez peu volontariste de l'action. L'agence a toutefois indiqué à la mission que le sujet de la révision des règles d'indemnisation va être réouvert en 2023 « à la demande de certaines instances ».

[167] L'agence n'a ainsi logiquement entamé aucune démarche au titre de cette action, les montants d'indemnisation par profession des membres des instances étant restés rigoureusement inchangés entre la décision n°2016/02/DG du 12 octobre 2016 et la décision n° 2021/DG/33 du 8 juillet 2021 (l'agence n'a communiqué à la mission aucune décision ultérieure en la matière). Parmi les décisions intervenues entretemps, la décision n°2020/18/DG du 1^{er} octobre 2020 avait juste consisté à préciser la définition d'une vacation dans le contexte de procédures dématérialisées et de réunions à distance du fait de la crise sanitaire. La décision n°2021/DG/09 du 29 janvier 2021 a quant à elle introduit de nouvelles dispositions en matière de rémunération du président du HCDPC et des présidents et vice-présidents de CSI (il s'agit dans le second cas d'indemnités forfaitaires annuelles s'ajoutant aux indemnités de vacation et d'expertise liées à la profession).

[168] Il est donc manifeste que l'action n'a pas été réalisée.

4.2.3 Action 4.2.3 : Etablir un bilan social annuel

Objectif de l'action :

[169] Il a été demandé à l'agence d'établir un bilan social annuel afin de disposer d'informations permettant d'apprécier régulièrement la situation sociale, d'enregistrer les réalisations effectuées et de mesurer les changements intervenus au cours du temps dans ce domaine, ce document ayant vocation à accompagner la réflexion sur la démarche de gestion prévisionnelle des emplois et des compétences.

Etat de la réalisation :

[170] L'action de production d'un bilan social a été réalisée sauf pour le premier exercice (2018). On apprend à la lecture du compte-rendu de l'assemblée générale du 24 novembre 2021 que le CGEfi « a proposé que l'Agence intègre un bilan formation au bilan social » ; ce qui a été fait dans la version 2022.

4.3 Objectif 4.3 : Poursuivre les travaux relatifs à l’efficacité du fonctionnement de l’Agence et des opérations de DPC

[171] Cet objectif regroupait quatre actions de finalités différentes, deux actions portant sur la gestion du DPC (action 4.3.2 sur la révision du système de financement des actions de DPC et action 4.3.3 sur le lancement d’une étude sur le coût des actions), une action sur l’efficacité interne (action 4.3.4 sur la mise en place du contrôle interne et d’une comptabilité analytique) et une action 4.3.1 portant sur l’élaboration d’une charte éthique, couvrant à la fois le fonctionnement de l’agence et de ses instances et les ODPC. Chaque action faisait l’objet d’un indicateur.

Tableau 17 : suivi des indicateurs de l’objectif 4.3

Indicateur	2018		2019		2020	
	Cible	Réalisé	Cible	Réalisé	Cible	Réalisé
Pourcentage d’avancement du projet de charte d’éthique (indicateur composite)	75 %	30 %	80 %	100 %	100 %	100 %
Production d’une note de scénarios pour les sections professionnelles et le conseil de gestion			note	note	note	note
Pourcentage d’avancement du projet d’étude de coûts (indicateur composite)	65 %	23 %	100 %	Etude lancée Résultats en 2021		Etude lancée Résultats en 2021
Pourcentage d’avancement du projet de mise en place du contrôle interne et de la comptabilité analytique (indicateur composite)	50 %	44 %	80 %	50 %	100 %	60 %

Source : ANDPC

4.3.1 Action 4.3.1 : Finaliser la charte d’éthique et s’assurer de sa mise en œuvre (instances, personnel de l’Agence, ODPC)

Objectif de l’action :

[172] Le Comité d’éthique de l’Agence assure une fonction d’aide, de conseil et de prévention des conflits d’intérêts. Il est composé de personnalités choisies en raison de leur indépendance et de la qualité de leur expertise en matière d’éthique en santé.

[173] En 2017, ce comité a initié l’élaboration d’une charte avec pour priorités de protéger les membres des instances et les agents salariés de l’agence de toute mise en cause du fait d’un conflit d’intérêt avéré et de garantir pour les ODPC le respect des règles de la concurrence. Les travaux se sont en premier lieu concentrés sur les membres des instances.

[174] Dans ce contexte, il a été demandé à l’agence de compléter, sur la période du COP, les parties de la charte relatives au personnel de l’agence et aux ODPC, et de régulièrement vérifier la mise en œuvre des règles édictées dans la charte.

Etat de la réalisation :

[175] La charte d'éthique a été finalisée dès la fin 2018. Mais au-delà de la production d'une charte, il convenait de s'assurer de sa mise en œuvre.

[176] Or, comme l'a confirmé l'agence à la mission, aucune base juridique ne permet aujourd'hui de rendre les règles de la troisième partie³⁶ de la charte opposables aux ODPC. L'agence indique avoir à cet égard proposé une évolution des textes selon laquelle des « bonnes pratiques³⁷ de DPC », rédigées en lien avec le HCDPC, auraient été adoptées par arrêté du Ministre. La mission a par ailleurs noté, dans le cadre d'autres projets de texte ayant été discutés entre l'agence et la DGOS³⁸, une proposition de réécriture de l'article R. 4021-24, relatif à l'enregistrement des ODPC, consistant à conditionner leur enregistrement à un engagement de respect de la charte d'éthique. Il était alors prévu de faire mention de la charte dès l'article R. 4021-12 relatif au comité d'éthique, qui dans la version proposée précisait que la publication d'une décision de l'agence sur son site internet rendait cette charte opposable (la mission jugeant toutefois à cet égard plus sécurisante la subordination de l'enregistrement à un engagement explicite de respect de la charte). Or, à ce jour le CSP ne comporte aucune mention de la charte d'éthique de l'ANDPC.

[177] En l'absence de base réglementaire, restait la possibilité de proposer l'adhésion aux organismes sur une base volontaire et de communiquer auprès des ODPC sur la charte. Si l'agence a indiqué à la mission que « la troisième partie de la charte a été travaillée avec les ODPC et leur a été communiquée à tous (...) avec un mot du président du comité d'éthique », il semble que cette communication se soit limitée à une publication sur son site internet, conjointement à celle du communiqué de presse du 29 octobre 2018 l'annonçant.

[178] Enfin, même à supposer que les ODPC soient réputés avoir connaissance de la charte d'éthique, en pratique l'agence confirme ne pas être en mesure de contrôler le respect de la plupart des règles qui leur sont applicables. L'ANDPC a en effet signalé à la mission comme seule exception la règle relative aux actions à l'étranger, un ODPC ne pouvant créer une session à l'étranger sans son accord. S'agissant des autres règles, l'agence a indiqué ne pouvoir compter que sur d'éventuels signalements, notamment au sujet du harcèlement téléphonique pour lequel elle a proposé un amendement qu'elle a communiqué à la mission³⁹.

[179] Ainsi, l'absence de mise à niveau des textes en matière d'enregistrement et de contrôle des ODPC semble considérablement fragiliser la portée de la charte d'éthique vis-à-vis de ces organismes, avec le risque que cette partie de la charte se cantonne à une opération d'affichage.

³⁶ L'annexe au COP évoque des « volets », et l'éditorial introductif du président des « chapitres » ; mais la charte elle-même est structurée en « parties ».

³⁷ L'un des projets de textes communiqués à la mission (en l'occurrence le document intitulé « Projet_de_décret_ANDPC_-_DEF_10_05_19 » prévoyait effectivement de mentionner, à l'article R. 4021-12 relatif au comité d'éthique, que celui-ci « est consulté par le Directeur général avant publication, sur les principes de bonnes pratiques proposées par le Haut conseil du développement professionnel continu ». Il était également proposé que l'article R. 4021-25 relatif au contrôle préalable des actions de DPC fasse mention du critère de conformité « aux bonnes pratiques de développement professionnel continu ».

³⁸ Document intitulé « 21.01.19. Projet décret HCDPC et contrôle relu SJ »

³⁹ Il s'agissait en l'espèce d'étendre au compte personnel de DPC la proposition de loi visant à « lutter contre la fraude au compte personnel de formation et à interdire le démarchage de ses titulaires », avec l'introduction dans le CSP d'un article ad hoc L. 4021-9.

[180] S’agissant des aspects de la charte relatifs aux membres des instances de l’agence (partie II du document), la mission a constaté que certains documents à portée déontologique n’y font pas encore référence. Tel est en particulier le cas des règlements intérieurs des CSI, qui datent de 2016 ou 2017, et ont donc été rédigés avant la finalisation de la charte d’éthique.

[181] S’agissant des déclarations publiques d’intérêt (DPI), l’agence informe chaque membre des instances, avant sa nomination, qu’elle a procédé à la création de son compte sur le site unique DPI⁴⁰ (sauf compte préexistant). Une fois la DPI déposée, elle est vérifiée au regard de la charte éthique par le service qualité de l’offre de DPC pour les CSI, et la direction administrative et financière pour les sections professionnelles, le service des affaires juridiques et contrôles et le comité d’éthique intervenant en appui si nécessaire. Il arrive alors que l’agence identifie des obstacles à la nomination, et refuse alors celle-ci au regard d’incompatibilités révélées par la DPI. Dans le cas inverse (absence de conflit d’intérêt), la DPI est validée et publiée sur le site unique DPI par les services compétents.

[182] Si le service juridique demande à tous les membres d’actualiser annuellement la DPI, l’agence reconnaît toutefois qu’en matière de suivi « il est très compliqué de vérifier que chaque membre des instances a bien validé sa DPI, de façon annuelle, compte tenu de leur nombre alors même que la plateforme du site unique leur adresse chaque année un message électronique afin de leur demander de bien la valider ». La mission comprend que l’agence indique ainsi s’en remettre aux fonctionnalités de relance du site unique, ce qui ne semble pas la prémunir de défauts de mise à jour et de leurs éventuelles conséquences sur son action.

[183] Globalement, la mission estime que cette action a été partiellement réalisée. Les nombreuses limites à la mise en œuvre des dispositions relatives aux ODPC ne sont certes guère imputables à l’agence en l’absence des textes qui seraient nécessaires, et ce d’autant que l’ANDPC a été force de proposition en la matière. Néanmoins, la mission identifie aussi quelques marges de progrès eu égard à la régularité du suivi des dispositions applicables aux membres des instances. L’indicateur composite de gestion de projet tient d’ailleurs compte « des pourcentages de DPI enregistrés et révisés ». Le fait que cet indicateur ait été affiché à 100 % dès 2019 suggère que le calcul de l’indicateur composite s’est en pratique fondé sur le seul critère de finalisation de la rédaction des parties 2 et 3 de la charte. Par ailleurs, la mission a pu constater en recherchant les DPI déposées par les présidents du HCDPC, des sections professionnelles et des CSI sur le site public DPI-santé que le contrôle effectué par l’agence n’était pas satisfaisant (cf. partie 6 de l’annexe 3).

4.3.2 Action 4.3.2 : Poursuivre les travaux menés sur l’évolution des forfaits des ODPC au regard du coût des actions et de l’indemnisation des professionnels de santé

Objectif de l’action :

[184] Au cours du second semestre 2016, le conseil de gestion et les sections professionnelles ont initié une réflexion sur le niveau des forfaits des ODPC et des indemnisations des professionnels

⁴⁰ <https://dpi.sante.gouv.fr/dpi-public-webapp/app/consultation/accueil>

de santé versés par l'ANDPC. Les modifications de tarifs intervenues ont contribué à la non-suspension des enveloppes des différentes professions en 2017.

[185] Il a été demandé à l'agence de poursuivre les travaux en vue d'une modulation des forfaits et indemnisations en fonction du format des actions proposées par les ODPC, et ce à la fois pour répondre aux priorités fixées par la feuille de route établie avec le Haut Conseil du DPC (en particulier la valorisation des actions innovantes), et pour faciliter la prise en charge par l'Agence du plus grand nombre possible de professionnels par période triennale. Les forfaits devaient en particulier tenir compte des résultats de l'étude de coût prévue à l'action suivante numérotée 4.3.3.

Etat de la réalisation :

[186] L'indicateur retenu pour cette action consistait en la production d'une note de scénarios pour les sections professionnelles et le conseil de gestion à compter de 2019.

[187] De fait, l'agence a élaboré en 2022, en vue du prochain triennal, des propositions concrètes de modulation des forfaits au service de la qualité des parcours, et de la lutte contre les effets d'aubaine, avec en particulier :

- 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 interprofessionnelle⁴¹ ;
- 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.

[188] 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

⁴¹ L'écart entre professions passe de 3,4 à 2,5 sur les frais pédagogiques et de 1,7 à 1,6 sur les indemnisations.

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 présentielle 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.

[189] De plus, la ventilation des forfaits entre frais pédagogiques et indemnités des professionnels est restée à la main des différentes sections professionnelles, chacune statuant indépendamment des autres, si bien qu'une harmonisation des forfaits n'implique pas nécessairement de moindres distorsions :

- les plus fortes hausses de frais pédagogiques peuvent tout autant concerner des marchés déjà très disputés que des marchés pénuriques, alors qu'un bon maniement des incitations envers les ODPC consisterait plutôt à cibler les seconds ; dans ce contexte, les forts différentiels de frais pédagogiques entre professions (95 € pour les médecins, 38 € pour les orthophonistes) ne sont pas a priori corrélés à des différences de coût des formations ;
- la convergence des forfaits ne s'accompagne pas davantage d'une corrélation des indemnités des professionnels avec leurs niveaux de revenus horaires (et donc avec les pertes de recettes associées à leur participation à des actions de formation), avec par exemple 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.

[190] Ainsi, l'agence n'a pas les moyens d'éviter des distorsions d'incitations, tant du côté des offreurs (professions potentiellement plus « rentables » que d'autres pour les ODPC) que du côté des professionnels de santé (professions diversement dédommagées de leurs pertes de recettes, et donc diversement incitées financièrement au DPC). Si la variabilité⁴² des forfaits globaux et des frais pédagogiques s'est réduite suite aux récentes modifications, celle des seules indemnités a augmenté.

[191] Compte tenu de ces nombreuses limites à l'action de l'agence, ainsi que de sa proactivité sur le sujet sensible de la modulation des forfaits, qu'elle est parvenue à négocier avec les sections professionnelles, la mission estime que l'action a été réalisée ; mais cette réalisation est intervenue avec retard. De plus, l'évolution haussière des forfaits pourrait obérer l'accessibilité du DPC à un plus grand nombre de professionnels en l'absence de hausses concomitantes des enveloppes de financement.

⁴² Mesurée par l'écart-type ou la variance.

4.3.3 Action 4.3.3 : Lancer une étude de coût des actions de DPC et des modalités de valorisation des actions innovantes

Objectif de l'action :

[192] Les forfaits de prise en charge des actions assurées par les ODPC auprès des professionnels de santé éligibles au financement de l'Agence sont actuellement établis par les sections professionnelles. Mais l'adéquation entre le niveau des forfaits et les charges des organismes de DPC n'a jamais été démontrée. Les montants versés par l'Agence étant issus de fonds publics, il convient de vérifier si les actions sont rémunérées au juste prix. A cette fin, il a été demandé à l'agence de lancer un marché public pour la réalisation d'une étude de coûts des actions de DPC auprès d'un échantillon d'organismes.

[193] Le but de cette étude est de pouvoir comparer les coûts des actions de différents types (évaluation des pratiques professionnelles, formation continue, gestion des risques, programmes intégrés) ou formats (présentiel, non présentiel, mixte) afin de pouvoir le cas échéant ajuster le montant des forfaits pris en charge par l'Agence. Un « focus » sera réalisé sur le coût de conception et de mise en œuvre d'une action innovante par les ODPC (dont pluriprofessionnelle).

Etat de la réalisation :

[194] L'indicateur retenu pour cette action était un indicateur composite de gestion de projet qui tenait compte de l'expression des besoins, des étapes du marché (dépouillement des candidatures, livrables) et du calendrier associé. Mais le marché public qui devait initialement être passé pour l'étude de coûts s'est avéré infructueux. Dès lors, selon l'agence l'indicateur n'avait plus de sens c'est pourquoi il n'a plus été calculé à compter de 2019.

[195] L'agence a alors démarché les universités de Bourgogne-Franche Comté et de Haute-Alsace pour réaliser l'étude de coûts, ce qui a abouti à la signature d'une convention. La collaboration ainsi nouée n'a toutefois pas permis de surmonter l'absence de levier réglementaire susceptible d'inciter les ODPC à révéler leurs coûts : les universités prestataires ont en effet souligné l'importance des non-réponses et des réponses lacunaires ou non conformes⁴³. La période de réalisation de l'étude a certes été télescopée par la grève des transports publics de la fin 2019 puis la phase la plus aiguë de la crise sanitaire. Pour autant, il ne s'agit pas du principal facteur d'explication de l'échec : les prestataires ont en effet souligné que le taux de réponse « anormalement bas » l'est resté « malgré de nombreuses relances » et que « ces résultats posent en conséquence question sur la transparence, la qualité de l'organisation interne et l'importance des marges dégagées par les organismes ».

[196] De fait, si l'agence peut le cas échéant retransmettre certains signalements spécifiques aux institutions financières ou économiques compétentes, elle n'exerce que des prérogatives de contrôle de conformité et d'évaluation pédagogique et scientifique des actions déposées par les organismes, sans disposer de facultés de contrôle financier des structures qui les proposent, ni

⁴³ L'étude fait état d'une « faible participation des ODPC » ; sur 142 analyses d'offres attendues, seules 43 se sont avérées exploitables, dont 11 ne correspondant pas aux demandes (il s'agit dans ce dernier cas de réponses dans le cadre de la seconde vague au cours de laquelle les actions de DPC ont été choisies par le prestataire et non les ODPC).

des moyens associés à une telle mission. Les modifications réglementaires que l'ANDPC a proposé aux tutelles en la matière sont d'ailleurs restées sans suite – voir annexe correspondante. C'est en effet plus fondamentalement le principe même d'audit des coûts qui s'avère peu cohérent avec le recours assumé à un marché concurrentiel, pari qui consiste précisément à ce que les coûts soient révélés par la concurrence et non l'action administrative⁴⁴.

[197] Dans ce contexte, l'agence a également tenté d'approcher les coûts en sollicitant des données de benchmark (notamment⁴⁵ auprès de l'ANFH), ou encore en mettant en place des appels d'offres et appels à projets sur quelques thèmes circonscrits, avec des résultats très décevants (cf. *supra* action 2.5.1).

[198] L'étude de coûts a toutefois rappelé une réalité assez évidente mais qui semble avoir été omise dans le COP : le coût des actions est loin de ne dépendre que de leur type et de leur format. C'est pourquoi les auteurs se sont inquiétés que le système d'un tarif unique « crée inévitablement des situations de surfinancement ou de sous-financement » selon la complexité des formations, complexité dont la dimension innovante n'est que l'une des dimensions. La note distingue en effet les cas types de formations « haut de gamme sur des sujets complexes » (sous-tarifées) et des formations « low-cost sur des problématiques simples » (sur tarifées), et cite l'exemple de la différence potentielle de coût entre une formation à la chirurgie digestive et une formation à l'accueil des patients au bloc. L'enjeu revêt une acuité particulière au vu des différentiels de montant des frais pédagogiques selon les professions, rappelés ci-dessus (analyse de l'action 4.2.2), dont il n'est pas avéré qu'ils correspondent aux différences de complexité moyennes.

[199] L'agence n'a du reste pu définir de façon objectivable le concept d'action innovante : les ébauches de réflexion présentées au conseil de gestion du 13 septembre 2018, ou à la séance du 27 septembre 2018 du HCDPC sont en effet restées sans suite (cf. *supra* action 2.2.1). Il est toutefois permis de se demander s'il est utile d'ériger l'innovation en objectif à part entière. Non seulement elle ne constitue qu'un motif de surcoût parmi d'autres, mais si l'on postule qu'une action « innovante » est une action qui répond à des besoins significatifs aujourd'hui non satisfaits, un acteur économique rationnel pourra normalement espérer rentabiliser des frais de conception plus importants par une part de marché plus importante, le principal risque économique pour lui restant une invalidation de la formation à l'occasion du contrôle qualité opéré par les commissions scientifiques indépendantes.

[200] Compte tenu du manque de marges de manœuvre de l'agence pour mener à bien cette action, il apparaît que l'obligation de moyens a été pleinement satisfaite dans le cas de l'étude de coûts. Le sujet des modalités de valorisation des actions innovantes a toutefois donné lieu à moins d'efforts (nonobstant les réserves de la mission sur cet aspect de l'action attendue de l'agence). C'est pourquoi la mission estime que cette action a été partiellement réalisée.

⁴⁴ Tout au plus l'agence peut-elle tester la réaction de l'offre à des baisses progressives de tarifs, permettant de révéler indirectement la capacité d'absorption des offreurs, et donc leurs marges. Mais l'analyse de l'action 4.3.2 a montré que l'ANDPC a récemment emprunté une voie opposée, avec une hausse des forfaits.

⁴⁵ L'agence a aussi sollicité la directrice de l'IGPDE, le contrôleur de France Compétences et la Dares (comme l'indique le compte-rendu de l'assemblée générale du 16 mars 2021) ; mais elle a indiqué à la mission n'avoir obtenu aucune réponse de leur part.

4.3.4 Action 4.3.4 : Mettre en place un contrôle de gestion et une comptabilité analytique

Objectif de l'action :

[201] Le COP indique que « *l'ANDPC a initié la refonte de son contrôle de gestion, et élabore dans ce cadre les outils nécessaires au pilotage et au suivi de son activité (indicateurs, cibles, tableaux de bord notamment prévus par le décret n° 2012-1246 du 7 novembre 2012 relatif à la gestion budgétaire et comptable publique)* ».

[202] Le COP demande à l'agence de poursuivre le développement de ces outils pour mieux mesurer sa performance, objectiver ses choix budgétaires et de gestion et alimenter le dialogue de gestion avec ses tutelles.

[203] Pour compléter la mise en place d'un contrôle de gestion, il est également demandé à l'agence de mettre en œuvre une comptabilité analytique d'ici la fin du COP pour mieux appréhender les différents coûts par destinations.

Etat de la réalisation :

[204] Selon les déclarations de l'agence, le contrôle de gestion n'est à ce jour initié que dans les domaines des RH et instances de l'Agence (qui sont toutefois des postes importants), tandis que le développement de la comptabilité analytique n'a pas été engagé.

[205] Si l'indicateur composite de gestion de projet associé à cette action a atteint 60 % en 2020, la personne en charge du contrôle de gestion a quitté l'agence cette même année, et vient à peine d'être remplacée à l'automne 2022, sans qu'il y ait pu avoir tuilage et capitalisation sur les outils antérieurs. Dans ce contexte, même si l'agence précise que le contrôleur de gestion avait « mis en place des indicateurs d'activité et de coûts des instances qui étaient utilisés pour l'élaboration du budget », il est évident que l'action n'a été que partiellement réalisée (avec un niveau actuel de l'indicateur qui devrait logiquement être inférieur à celui atteint en 2020).

5 Le COP 2018-2020 prolongé d'un an n'a pas représenté un instrument structurant de la relation entre l'ANDPC et ses tutelles

5.1 Le bilan d'ensemble du COP met en évidence un retard important dans la réalisation des actions qui n'est imputable que partiellement à la crise sanitaire

[206] L'analyse détaillée de la réalisation des différents axes et actions du COP aboutit au constat d'un retard important par rapport aux échéances fixées : seul un quart des actions ont été réalisées dans le délai prévu, plus de la moitié n'ont que partiellement été réalisées et sept actions, soit presque un autre quart, n'ont été pas été réalisées pour diverses raisons :

- des contraintes externes rendant certains objectifs inatteignables : accroissement de l'activité, plus particulièrement du nombre de factures reçues, ne permettant pas d'atteindre l'objectif de délai de paiement (action 1.2.3) ou le manque de leviers de l'agence pour inciter les ODPC à intégrer l'expérience patient dans la construction de leur offre (action 2.2.3),
- des reports successifs de travaux, souvent liés à des problèmes de ressources internes : report à plusieurs reprises du lancement des travaux d'élaboration d'une stratégie de communication (action 2.3.2), du développement du contrôle interne (action 4.1.2), reporté du fait du retard de la cartographie des processus et des risques, et du SDSI (action 3.1. 2) avec, dans ce dernier cas, l'interrogation sur l'articulation future avec le SI de la certification périodique confiés à l'ANS,
- une forte réserve de l'agence sur l'opportunité de certaines actions, comme la création d'un baromètre d'image, par crainte de mauvais résultats (action 2.3.1) ou la révision de l'indemnisation des membres de ses instances (action 4.2.2)⁴⁶.

Tableau 18 : 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 :	6	1	4	1
Axe 2 :	12	4	5	3
Axe 3 :	5	1	3	1
Axe 4 :	9	2	5	2
Ensemble	32	8	17	7

Source : mission d'après données ANDPC et DGOS.

[207] La crise sanitaire qui a débuté début 2020 a fortement perturbé la mise en œuvre du COP, les confinements obligeant à instaurer de nouvelles modalités de travail à distance pour les équipes et les instances, nécessitant un effort d'accompagnement important de la part de l'équipe de direction et de l'encadrement, ainsi que d'équipement (par exemple, dotation des personnels en ordinateurs portables et moyens d'accès à un extranet sécurisé). Il est clair que tous les projets engagés avant le début de la crise ou devant démarrer en 2020, nécessitant un travail collaboratif, en interne ou avec des partenaires extérieurs, ont subi de ce fait des retards importants. De même, les instances de l'agence, conduites à fonctionner à distance, n'ont pu

⁴⁶ L'agence a également indiqué ne pas pleinement adhérer à l'action 1.2.2 relative à la simplification et à la stabilisation des procédures, perçue comme peu compatible avec la lutte contre la fraude. Ce n'est qu'au vu d'un contexte d'injonction paradoxale que la mission a considéré cette action réalisée.

atteindre leurs objectifs (forte baisse du nombre d'actions évaluées par les CSI en 2020 et 2021), et ont dû décaler leurs travaux (réforme du dispositif de prise en charge financière des actions de guichet lancée seulement en 2022) ou ne sont plus réunies (non-renouvellement du HCDPC ayant achevé son mandat fin 2019).

[208] Toutefois, la crise sanitaire a surtout amplifié des retards dont une grande partie était déjà acquise après les deux premières années du COP.

[209] Une partie de ces retards provient des difficultés de ressources internes : malgré les augmentations du plafond d'emplois décidées par l'Assemblée générale (cf. annexe 2), les conditions restrictives d'emploi et de rémunération résultant d'une application stricte du statut de GIP se sont fréquemment traduites par des délais de recrutement importants se répercutant sur la conduite des projets et actions du COP, dans un établissement de petite taille où chaque agent a un rôle précis et ne peut être secondé par un autre, tout départ entraînant un retard dans l'exécution des tâches : à titre d'exemple, le départ du contrôleur de gestion en 2020 s'est traduit par une interruption des travaux dans ce domaine de près de deux ans (action 4.3.4).

[210] Une autre partie des retards tient à des difficultés de nature plus structurelle liée à l'insuffisance des moyens d'action de l'agence dans un secteur d'activité dominé par la logique de la libre prestation de service sur le marché des actions de DPC et par le principe du libre choix des actions par les professionnels de santé, rendant certains objectifs du COP difficilement atteignables :

- les actions du COP visant à faire évoluer le contenu des actions de DPC (2.2.1 : valoriser et promouvoir les actions de DPC innovantes, les actions différenciées selon le stade de la carrière et les actions pluri professionnelles ; 2.2.3 : intégrer l'expérience patient et le patient formateur dans la construction de l'offre de DPC ; 2.2.4 : accompagner les enjeux de la stratégie nationale de santé) se sont heurtées à des limites conceptuelles (par exemple la définition d'une méthodologie innovante) mais aussi à la liberté de conception par les ODPC, dans le cadre juridique actuel. L'agence a pu se prêter involontairement à ce jeu des ODPC, par exemple en cantonnant « l'expérience patient » dans une orientation prioritaire, au lieu d'en faire un élément de la conception des actions de DPC, permettant ainsi aux ODPC d'échapper à cette demande en ne proposant que peu d'action se rattachent à cette orientation ;
- lorsque l'agence a, à l'inverse, pris l'initiative de concevoir précisément le cahier des charges de certaines actions dans le cadre d'AAP et d'AO, elle s'est heurtée à la fois à la faiblesse quantitative et qualitative des offres (certains organismes se bornant à reproduire les termes du cahier des charges) et, surtout, au manque d'intérêt – ou, à minima, de demande - des professionnels de santé ;
- de même, les difficultés rencontrées par l'agence pour réaliser une étude du coût des formations et évaluer l'impact du DPC sur la qualité et la sécurité des soins s'expliquent d'une part, par le refus des ODPC de dévoiler les coûts de production de leurs services en l'absence d'obligation légale de le faire, et, d'autre part, par la sérieuse difficulté à élaborer une méthodologie de mesure d'impact, face à une offre foisonnante, évolutive et hétérogène ;

- le poids des représentants des professionnels de santé et la diversité de leurs préoccupations explique aussi largement le refus de l'agence de réviser le système d'indemnisation des membres des instances et le délai mis à obtenir un consensus de leur part pour réformer le système de prise en charge financière des actions ;
- enfin, l'agence a pu être confrontée à des injonctions paradoxales comme pour la réalisation de l'action 1.2.2 demandant de simplifier et stabiliser les procédures à respecter par les ODPC et les professionnels de santé alors même qu'il lui était demandé de renforcer ses contrôles et ses règles de prise en charge.

[211] L'agence a également été confrontée à des difficultés structurelles dans le développement des échanges d'informations avec les partenaires extérieurs et notamment les organismes financeurs des actions de DPC n'entrant pas dans le champ de sa propre contribution financière. Si on peut estimer qu'elle a manqué de pugnacité et de persévérance pour développer ces collaborations, force est de reconnaître que ces organismes n'ont en la matière pas d'intérêt à agir et qu'aucune disposition ne leur impose de fournir des informations à l'ANDPC. En outre, ils sont dans l'incapacité de fournir les données individuelles souhaitées par l'agence sur les actions de DPC qu'ils ont financées au bénéfice des professionnels de santé relevant de leur champ de compétence.

5.2 Le calendrier évolutif du COP et de son suivi ont limité son usage comme outil de pilotage interne et externe

5.2.1 Le dispositif de suivi du COP prévu a été respecté pour les trois premières années

[212] Le COP comportait une partie « mise en œuvre et suivi du contrat » qui décrivait précisément les modalités de celui-ci :

- mise en place d'une comitologie distinguant une instance stratégique, le comité de pilotage (COFIL) réunissant le président de l'AG et la directrice générale de l'ANDPC, les directeurs d'administrations centrales signataires, le directeur général de l'UNCAM également signataire ainsi que la directrice du budget, le secrétaire général des ministères sociaux et la cheffe de la mission de contrôle économique et financier, et une instance technique, le comité technique, composé des représentants des membres du COFIL chargé du suivi détaillé du COP ;
- production de documents de suivi par l'agence comportant un bilan annuel rendant compte de l'exécution du contrat, 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. Ces documents devaient être transmis aux tutelles et faire l'objet d'une présentation à l'assemblée générale du GIP ;
- rédaction par la DGOS des comptes rendus des réunions techniques et des relevés de décisions du COFIL.

[213] Ce dispositif 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 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, même si celle-ci a été allégée à partir de 2020 (cf. *infra*)

Tableau 19 : Modalités de suivi du COP de l’ANDPC

Année	Transmission de la note de synthèse	Transmission des tableaux annexés	Présentation en AG	Réunion du Comité technique (document produit)	Réunion du COPIL (document produit)
2018	X	X	27/11/2019		4/09/2019 (Compte rendu du dialogue de gestion)
2019	X (transmis le 15/06/2020)	X (transmis le 15/06/2020)	27/11/2020		23/06/2020 (EDL du dialogue de gestion)
2020	X (transmis le 8/06/2021)	X (transmis le 8/06/2021)	24/11/2021	Dialogue de gestion du 25/06/21 (EDL) + réunion préparatoire du 25/06/2021(EDL)	8/07/2021 (compte rendu du COPIL dialogue de gestion)
2021					

Source : Mission d’après documents ANDPC et DGOS.

5.2.2 La signature tardive du COP puis l’attention portée à partir de 2020 à l’élaboration d’un projet d’avenant, au contenu finalement en-deçà des ambitions initiales, ont toutefois limité la portée du dialogue de gestion

[214] La signature du COP en janvier 2019, après la fin de la première année du contrat, a réduit l’impact du COP, les cibles de plusieurs indicateurs n’ayant, en conséquence, pas été fixées pour l’année 2018.

[215] Dès 2019, l’agence avait demandé lors du premier dialogue de gestion d’apporter des modifications au COP pour réviser les calendriers de plusieurs actions qu’il ne lui paraissait pas possible de réaliser dans les délais prévus, ainsi que pour modifier 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.

[216] 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, alors que les actions du COP étaient très loin d'avoir été toutes réalisées fin 2020 et qu'aucun dialogue de gestion ne s'est tenu en 2022.

[217] Cet allègement progressif du suivi semble témoigner d'un intérêt décroissant pour l'outil COP à l'approche de son échéance, et ce aussi bien de la part de l'agence que de ses tutelles.

5.2.3 Les indicateurs du COP n'ont pas réellement apporté d'information supplémentaire par rapport au bilan des actions

[218] Une annexe du COP décrivait les 30 indicateurs à suivre, en précisant les actions auxquelles ils se rattachaient, en indiquant leur mode de calcul et en fixant les cibles à atteindre pour chaque année du COP (un quart des indicateurs n'ayant toutefois pas de cible pour 2018). La fixation systématique de cibles permet de les considérer comme des indicateurs de résultats.

[219] Une forte proportion d'indicateurs était toutefois constituée par la production de notes ou l'atteinte de jalons de projets définis de façon peu précise :

- 10 indicateurs sont en effet constitués par la production d'une note, d'un rapport annuel ou d'un document dont l'action correspondante prévoit la réalisation. Dans plusieurs cas, l'absence de définition précise du format de restitution a permis à l'agence de se limiter à une simple mention dans le bilan annuel du COP pour considérer la cible atteinte. Dans d'autre cas, l'agence a fourni aux tutelles et à ses partenaires des informations chiffrées couvrant les demandes du COP mais sans fournir le document spécifié (bilan du plan de contrôle, rapport annuel d'analyse sur l'offre et l'engagement des professionnels de santé dans certaines actions entrant dans le champ des orientations prioritaires spécifiquement ciblées par le ministre en charge de la santé, note sur les conditions d'accès aux données, rapport annuel sur les actions de DPC quel que soit le mode d'exercice des professionnels de santé). Enfin, deux documents spécifiques n'ont pas été élaborés sans que des informations spécifiques s'y substituent : la feuille de route sur la stratégie de communication et la charte d'accès aux données ;
- par ailleurs, 9 indicateurs sont des indicateurs composites de gestion de projet censés refléter la conformité de la mise en œuvre au calendrier de réalisation et à ses différents jalons, mais dont le COP ne donne pas le mode de calcul, d'où leur non auditabilité par les tutelles. On peut ajouter à ces 9 indicateurs celui relatif à la mise en conformité au RGPD

qui, bien que n'étant pas conçu comme un indicateur composite, relève de la même logique ;

[220] Les 10 autres indicateurs sont des ratios et pourcentages à atteindre pour lesquels la formule de calcul est donnée par le COP ou nécessitait la construction d'un outil de mesure dédié :

- toutefois, pour 4 d'entre eux (part des actions contrôlées par les CSI, pourcentage de signalements traités, pourcentage de factures payées en moins de 30 jours, augmentation de la proportion d'articles de presse positifs), l'agence a estimé l'indicateur non pertinent et demandé sa suppression ou proposé un indicateur de substitution ;
- pour 2 autres (pourcentage d'actions de sécurité informatique menées ; pourcentage d'actions de contrôle interne réalisées), l'agence n'a pu fournir les chiffres attendus et a donné à la place des informations qualitatives sur les travaux réalisés ;
- 3 indicateurs auraient nécessité la mise en place d'outils spécifiques que l'agence n'a pas développés : mesure de la satisfaction des utilisateurs de la plateforme, baromètre d'image du DPC, mesure de la satisfaction des utilisateurs sur l'ergonomie du système d'information ;
- le seul indicateur de ce type non modifié et suivi par l'agence est le pourcentage d'enveloppes non consommées de façon anticipée au cours de l'exercice, par ailleurs insuffisamment précis dans sa définition.

[221] Au total, le nombre substantiel des indicateurs modifiés dans leur contenu ou dans le mode de présentation de leurs résultats, non auditables ou non produits a significativement altéré l'intérêt de cette dimension a priori structurante du COP, tant dans le suivi par les tutelles qu'en regard à la mobilisation des équipes de l'agence.

ANNEXE 2 : Missions, métiers, organisation et moyens de l'ANDPC

SOMMAIRE

1	LES MISSIONS DE L'ANDPC GENERENT UNE DIVERSITE D'ACTIVITES ET DE METIERS	64
1.1	LES DISPOSITIONS LEGALES ET REGLEMENTAIRES ASSIGNENT PLUSIEURS MISSIONS A L'ANDPC	64
1.2	LA MISE EN ŒUVRE DE CES MISSIONS CONDUIT L'ANDPC A EXERCER PLUSIEURS METIERS, DECLINES SUR DIFFERENTES THEMATIQUES ET ACTIVITES	67
1.2.1	<i>Le développement de l'offre de DPC et l'évaluation de sa qualité</i>	68
1.2.2	<i>La gestion et le contrôle des financements de l'agence consacrés au DPC</i>	78
1.2.3	<i>La construction et la gestion des systèmes d'information pour la gestion du DPC et des services dématérialisés aux utilisateurs.....</i>	83
1.2.4	<i>Les autres fonctions transversales relatives au pilotage et à la gestion du DPC</i>	88
1.2.5	<i>Les fonctions support et de pilotage transversal.....</i>	91
1.3	L'ANALYSE DES EFFECTIFS RESPECTIVEMENT DEVOLUS AUX DIFFERENTS METIERS MONTRE LE POIDS IMPORTANT DE L'ACTIVITE DE FINANCEMENT DES ACTIONS SUIVIES PAR LES SEULS PROFESSIONNELS ELIGIBLES	93
2	MALGRE UNE AUGMENTATION DES EFFECTIFS PENDANT LA DUREE DU COP, L'AGENCE CONNAIT DES PROBLEMES D'ADEQUATION DE SES RESSOURCES AGGRAVES PAR LES CONTRAINTES INHERENTES AU STATUT DE GIP	95
2.1	LE PLAFOND D'EMPLOIS A LEGEREMENT AUGMENTE DEPUIS 2017	95
2.2	LE STATUT DE GIP IMPOSE TOUTEFOIS DE RECRUTER SOUS DES CONDITIONS PEU ATTRACTIVES	97
2.2.1	<i>Le GIP ne fonctionne pas comme une structure de mise en commun des moyens de ses membres.....</i>	97
2.2.2	<i>En conséquence, les règles de recrutement ne permettent d'offrir que des contrats à durée déterminée.....</i>	98
2.2.3	<i>Cette situation se répercute sur l'adéquation des ressources aux missions et justifierait une adaptation du statut de GIP voire un changement de statut.....</i>	99

[222] Cette annexe a pour objet de décrire comment les missions de l'ANDPC se traduisent en termes d'organisation et de métiers exercés (1). Elle analyse également l'évolution des ressources humaines de l'agence au cours de la période couverte par le COP ainsi que les contraintes induites par le statut de GIP dans la gestion de ces ressources (2).

1 Les missions de l'ANDPC génèrent une diversité d'activités et de métiers

1.1 Les dispositions légales et réglementaires assignent plusieurs missions à l'ANDPC

[223] L'Agence nationale du développement professionnel continu (ANDPC) a été constituée sous forme de groupement d'intérêt public (GIP) entre l'Etat et l'assurance maladie, représentée par l'UNCAM, par un décret du 8 juillet 2016⁴⁷, pris en application de la loi de modernisation de notre système de santé qui a réformé le dispositif du développement professionnel continu (DPC). Sa convention constitutive a été approuvée par arrêté du 28 juillet 2016 par les ministres chargés des affaires sociales et de la santé et du budget. Elle succède à deux organismes précédemment chargés de la gestion de la formation professionnelle continue et du DPC :

- l'organisme gestionnaire conventionnel (OGC), administré de façon paritaire par les organisations syndicales de professionnels de santé et la CNAM pour gérer la formation professionnelle financée dans le cadre des conventions entre ces professions et l'assurance maladie ;
- l'organisme gestionnaire du développement professionnel continu (OGDPC), constitué sous forme de GIP entre l'Etat et l'assurance maladie le 1^{er} juillet 2012 en application de la loi Hôpital, patients, santé et territoire (HPST), pour gérer la première version du DPC. La création du GIP ANDPC s'est opérée par simple modification de la convention constitutive du GIP OGDPC.

[224] Le tableau-ci-dessous décrit les missions de l'ANDPC définies par la loi du 26 janvier 2016 et le décret du 8 juillet 2016, dispositions qui n'ont pas été modifiées depuis⁴⁸. Il reprend également le texte de l'article 6 de la convention constitutive du GIP qui les reproduit à l'identique mais y ajoute un complément sur le service dématérialisé offert aux organismes de DPC (ODPC) et aux professionnels de santé : publication de la liste des ODPC enregistrés, publication de la liste et des caractéristiques des actions de DPC déposées, document de traçabilité.

[225] Il est à noter que la disposition législative ajoutée en 2019 et chargeant l'ANDPC du contrôle du dispositif n'a pas donné lieu à modification des dispositions réglementaires ni du contenu de la convention constitutive.

⁴⁷ Décret N°2016-942 du 8 juillet 2016 relatif à l'organisation du développement professionnel continu des professionnels de santé.

⁴⁸ L'article R. 4021-7 du CSP, cité dans le tableau ci-après, a notamment été repris dans la rubrique « présentation de l'ANDPC » du COP 2018-2021 de l'agence.

Tableau 1 : Missions de l'ANDPC définies par la loi, le règlement et la convention constitutive

Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 - art. 114 et décret 2016-942 du 8 juillet 2016	Convention constitutive approuvée par arrêté du 28 juillet 2016 – article 6 (non modifié)
<p>Art. L 4021-6 du CSP : L'Agence nationale du développement professionnel continu assure le pilotage et contribue à la gestion financière du dispositif de développement professionnel continu pour l'ensemble des professionnels de santé, quels que soient leurs statuts ou leurs conditions d'exercice.</p> <p><i>Elle exerce le contrôle de ce dispositif. A cette fin, elle peut se faire communiquer toute pièce nécessaire à ce contrôle. Ce contrôle est mis en œuvre sans préjudice du contrôle prévu à la seconde phrase de l'article L. 4021-5 (ajouté par la loi n°2019-774 du 24 juillet 2019 - art. 77 (V))</i></p> <p>Un décret en Conseil d'Etat fixe les missions et les instances de l'Agence nationale du développement professionnel continu.</p>	
<p>Article R 4021-7 du CSP : Les missions de l'Agence nationale du développement professionnel continu sont les suivantes :</p>	<p>Les missions de l'Agence nationale du développement professionnel continu sont les suivantes :</p>
<p>1° Assurer le pilotage du dispositif de développement professionnel continu des professionnels de santé, quels que soient leurs statuts ou leurs conditions d'exercice :</p> <p>a) Evaluer les organismes et structures qui souhaitent présenter des actions conformément aux dispositions des articles L. 4021-1 à L. 4021-2 ;</p> <p>b) Evaluer, en lien avec la Haute Autorité de santé, la mise en œuvre des méthodes de développement professionnel continu, en veillant à leur qualité scientifique et pédagogique ;</p> <p>c) Evaluer l'impact du développement professionnel continu sur l'amélioration des pratiques et l'efficacité du dispositif ;</p>	<p>1° Assurer le pilotage du dispositif de développement professionnel continu des professionnels de santé, quels que soient leurs statuts ou leurs conditions d'exercice :</p> <p>a) Evaluer les organismes et structures qui souhaitent présenter des actions conformément aux dispositions des articles L. 4021-1 à L. 4021-2 du code de la santé publique ;</p> <p>b) Evaluer, en lien avec la Haute Autorité de santé, la mise en œuvre des méthodes de développement professionnel continu, en veillant à leur qualité scientifique et pédagogique ;</p> <p>c) Evaluer l'impact du développement professionnel continu sur l'amélioration des pratiques et l'efficacité du dispositif ;</p>
<p>2° Contribuer au financement des actions s'inscrivant dans le cadre des orientations prioritaires pluriannuelles définies à l'article L. 4021-2, concernant les professionnels de santé non salariés et les professionnels de santé salariés des centres de santé relevant des</p>	<p>2° Contribuer au financement des actions s'inscrivant dans le cadre des orientations prioritaires pluriannuelles définies à l'article L. 4021-2, concernant les professionnels de santé non-salariés et les professionnels de santé salariés des centres de santé relevant des conventions prévues aux articles L. 162-5, L.</p>

RAPPORT IGAS N°2022-077R – TOME 2 ANNEXES

conventions prévues aux articles L. 162-5, L. 162-9, L. 162-12-2, L. 162-12-9, L. 162-14, L. 162-16-1 et L. 162-32-1 du code de la sécurité sociale ;	162-9, L. 162-12-2, L. 162-12-9, L. 162-14, L. 162-16-1 et L. 162-32-1 du code de la sécurité sociale ;
3° Assurer la gestion financière du développement professionnel continu des professionnels de santé libéraux conventionnés et des professionnels de santé salariés des centres de santé conventionnés	3° Assurer la gestion financière du développement professionnel continu des professionnels de santé libéraux conventionnés et des professionnels de santé salariés des centres de santé conventionnés ;
4° Contribuer, conformément aux dispositions de l'article R. 4021-22, au financement d'actions de développement professionnel des médecins des établissements de santé et médico-sociaux s'inscrivant dans le cadre des orientations pluriannuelles prioritaires définies à l'article L. 4021-2	4° Contribuer, conformément aux dispositions de l'article R. 4021-22, au financement d'actions de développement professionnel des médecins des établissements de santé et médico-sociaux s'inscrivant dans le cadre des orientations pluriannuelles prioritaires définies à l'article L. 4021-2 ;
5° Promouvoir le dispositif de développement professionnel continu et informer les organismes et structures susceptibles de proposer des actions de développement professionnel continu, les professionnels de santé salariés et non salariés et les employeurs ;	5° Promouvoir le dispositif de développement professionnel continu et informer les organismes et structures susceptibles de proposer des actions de développement professionnel continu, les professionnels de santé salariés et non-salariés et les employeurs ;
6° Assurer la participation des universités au dispositif, conformément aux dispositions de l'article L. 4021-4.	6° Assurer la participation des universités au dispositif, conformément aux dispositions de l'article L. 4021-4 du code de la santé publique.
	<p>L'Agence nationale du développement professionnel continu assure un service dématérialisé, qui publie au sein d'une rubrique dédiée et identifiable :</p> <p>1° La liste des organismes de développement professionnel continu satisfaisant aux critères requis pour proposer des actions de développement professionnel continu ;</p> <p>2° Dans les conditions fixées par l'article R. 4021-25 du code de la santé publique, la liste des actions de développement professionnel continu déposées par ces organismes, 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 prise en charge des demandes et des forfaits d'indemnisation y afférant pour les libéraux et les salariés des centres de santé conventionnés.</p> <p>L'ANDPC met par ailleurs à disposition de chaque professionnel de santé le document de traçabilité destiné à attester de son engagement dans la démarche.</p>

Source : mission

[226] Les missions légales et réglementaires peuvent être regroupées en deux grands blocs :

- le pilotage et la promotion du développement professionnel continu de tous les professionnels de santé, quels que soient leurs statuts ou leurs conditions d'exercice, comprenant ;
 - l'action auprès des organismes de tous statuts, y compris les universités, pour les informer sur le dispositif et les inciter à proposer des actions de DPC ;
 - la promotion du dispositif auprès de l'ensemble des professionnels de santé et des employeurs des professionnels salariés⁴⁹ ;
 - le pilotage du dispositif incluant l'évaluation des ODPC et actions de DPC et l'évaluation de son impact ;
 - le contrôle du dispositif⁵⁰ ;
- la contribution au financement des actions de DPC s'inscrivant dans le cadre des orientations prioritaires, pour certaines catégories de professionnels de santé (professionnels libéraux conventionnés avec l'assurance maladie, salariés des centres de santé conventionnés avec l'assurance maladie, médecins salariés des établissements de santé et établissements médico-sociaux), et la gestion des financements correspondants.

[227] La convention constitutive y ajoute le déploiement de services dématérialisés, orientés vers les ODPC et professionnels de santé, en continuité avec le choix effectué au moment de la création de l'OGDPC.

1.2 La mise en œuvre de ces missions conduit l'ANDPC à exercer plusieurs métiers, déclinés sur différentes thématiques et activités

[228] La mission a cherché à identifier les différents métiers de l'ANDPC, chaque « métier » étant défini par les activités et services qu'il produit, ses « clients », internes ou externes ainsi que les qualifications et compétences des personnels qui l'exercent. A cette fin, elle a examiné des documents internes de l'agence (organigramme, bilans sociaux) et réalisé des entretiens avec la directrice générale, les deux directeurs et dix des onze responsables de services, au cours desquels ont été abordés en détail les activités exercées, l'organisation mise en place et les profils des personnels. Pour l'indication des ressources humaines affectées aux métiers et activités, la mission

⁴⁹ L'article R. 4021-22 du CSP dispose, en son point II, que « les employeurs publics et privés concourent au financement des actions de développement professionnel continu de leurs salariés professionnels de santé ».

⁵⁰ Cette mission de contrôle n'est pas mentionnée par l'article R 4021-7 du CSP mais plusieurs autres articles y font référence : l'article R. 4021-11 et R. 4021-25 qui chargent le Haut Conseil du développement professionnel continu de définir un « plan national annuel de contrôle des organismes, des structures et des actions » ; l'article R. 4021-13, relatif aux commissions scientifiques indépendantes, chargée de l'évaluation scientifique et pédagogique des actions ; l'article R. 4021-25 prévoit que, outre l'évaluation par les CSI, « dans le cadre du plan national annuel de contrôle défini par le Haut Conseil du développement professionnel continu des professions de santé, des vérifications sont effectuées pour s'assurer que les actions mises en œuvre par les organismes ou structures et éligibles au financement de l'agence sont conformes aux critères de qualité retenus par le haut conseil ».

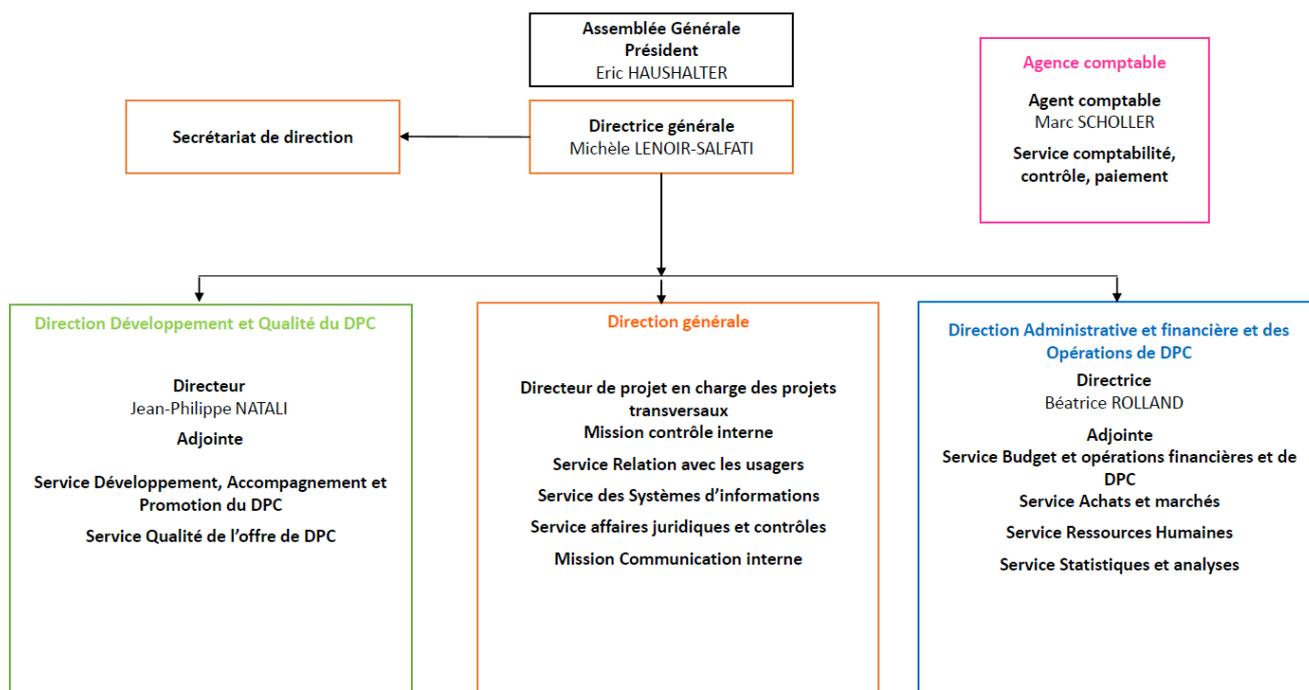
a utilisé un organigramme nominatif ainsi que les notes et tableaux de suivi des effectifs produits dans le cadre des procédures budgétaires.

[229] Les métiers et activités de l'ANDPC sont présentés ici par grandes fonctions :

- le développement de l'offre de DPC et l'évaluation de sa qualité ;
- le pilotage et la gestion et le contrôle des financements de l'agence consacrés au DPC ;
- la construction et la gestion des systèmes d'information pour la gestion du DPC et des services dématérialisés aux utilisateurs ;
- les fonctions transversales relatives au pilotage et à la gestion du DPC : assistance aux utilisateurs, statistiques ;
- les autres fonctions support (gestion des ressources humaines, budget-comptabilité, achats-marchés, fonction juridique) et transversales : direction générale, management, communication institutionnelle.

[230] Cette présentation par fonction ne suit pas exactement l'organisation interne de l'agence présentée dans l'organigramme ci-dessous mais s'y réfère, en indiquant les services responsables des fonctions et activités décrites.

Schéma 1 : Organigramme de l'ANDPC au 1^{er} décembre 2022



Source : ANDPC.

1.2.1 Le développement de l'offre de DPC et l'évaluation de sa qualité

[231] Le développement d'une offre d'actions de DPC relevant des trois catégories visées par le code de la santé publique (formation ; analyse, évaluation et amélioration des pratiques professionnelles-EPP ; gestion des risques-GDR) et répondant à des critères de qualité scientifique

et pédagogique constitue un axe essentiel de l'action de l'ANDPC. Cette fonction est exercée principalement par la Direction du développement et de la qualité du DPC (DDQ) et recouvre plusieurs activités qui peuvent être regroupées en deux blocs correspondant aux deux services qui constituent cette Direction : d'une part le pilotage, la promotion et l'évaluation du DPC, assurés par le Service développement, accompagnement et promotion du DPC (SDAP) ; d'autre part la gestion de l'offre de guichet, incluant la vérification de la conformité aux critères d'enregistrement des ODPC et de validation des actions ainsi que l'évaluation des actions en appui des CSI, assurée par le service Qualité de l'offre de DPC (SQOD).

1.2.1.1 Le pilotage, la promotion et l'évaluation de l'impact du DPC

Le pilotage du DPC

[232] La fonction **de pilotage du DPC** recouvre :

- l'élaboration des éléments de cadrage des actions de DPC qui prennent la forme des orientations pluriannuelles prioritaires (OP) ;
- l'élaboration des cahiers des charges des appels d'offres et appels à projets, et modalités d'achat d'actions de DPC alternatives au « guichet » ;
- le support du Haut Conseil du DPC (HCDPC) ;
- la veille internationale.

[233] L'ANDPC assure pour le compte de l'Etat, la coordination de l'élaboration, désormais tous les trois ans, des **orientations pluriannuelles prioritaires (OP) du DPC** qui, aux termes de l'article L 4021-2 du CSP, se répartissent en trois catégories : des orientations par profession ou spécialité définies par les conseils nationaux professionnels (CNP), des orientations s'inscrivant dans le cadre de la politique nationale de santé, définies par les administrations centrales du ministère de la santé, et des orientations issues du dialogue conventionnel, définies par l'UNCAM. L'annexe 4 décrit en détail le processus d'élaboration qui s'étale sur une durée de près d'un an précédant la publication des orientations de chaque période triennale. Ce processus est piloté, au sein de l'ANDPC, au niveau de la directrice générale, du directeur du développement et de la qualité du DPC et de la cheffe du service développement, accompagnement et promotion du DPC (SDAV), selon des modalités différentes par catégories d'orientations :

- pour les orientations s'inscrivant dans le cadre de la politique nationale de santé, l'agence anime les travaux par délégation de la DGOS. Elle accompagne les directions du ministère dans le repérage des orientations de politique de santé justifiant des actions de DPC, anime des réunions ou séminaires collectifs pour sélectionner les orientations à privilégier et assiste les directions dans la rédaction des « fiches de cadrage » qui décrivent le contenu des OP, les modalités des actions envisagées et le public visé ;
- pour les orientations définies par les CNP, l'agence cadre l'exercice (notamment en arbitrant un nombre maximum d'OP par profession ou spécialité) et dialogue avec les CNP pour les aider à identifier des priorités d'action, et en cadrer les attendus pédagogiques, améliorer le contenu des fiches de cadrage ou faire retirer certaines propositions déjà

couvertes par les OP de la première catégorie, dont la détermination intervient plus en amont dans le processus⁵¹ ;

- pour les orientations issues du dialogue conventionnel, l'agence dialogue avec la CNAM⁵².

[234] Le directeur de la DDQ et la cheffe du SDAP ont également contribué à l'**élaboration de la partie métier des cahiers des charges des appels à projets et appels d'offres** (CCTP notamment) visant à l'achat d'actions de DPC pour mettre en œuvre des OP de politique nationale de santé, avec le concours d'experts extérieurs désignés par les services ministériels chargés du pilotage des politiques concernées. Ils ont également participé à la sélection des offres remises, en lien avec le service achat et marchés qui conduisait la procédure de marché. Le faible succès des actions sélectionnées auprès des professionnels de santé a toutefois conduit l'Assemblée générale du GIP ANDPC à suspendre le recours à ces procédures en novembre 2022 (cf. annexe 1, partie 2.5).

[235] Le SDAP assure également le support du HCDPC, activité qui s'est interrompue fin 2019, dans l'attente de la redéfinition des missions du Haut Conseil (l'agence proposant qu'il soit repositionné comme un conseil scientifique agissant en coordination des CSI), ainsi que de son renouvellement. La réactivation du HCDPC dont les nouvelles missions ont été définies par un décret du 6 mars 2023 a conduit à renforcer le service développement : un poste de secrétaire général et un poste d'assistante ont été créés par l'agence par transformation de postes existants vacants.

[236] La directrice générale et le directeur du développement et de la qualité assurent une **fonction de veille et de relations internationales** en participant à des congrès et à plusieurs instances internationales telles que *l'International Academy for Continuing Professional Development Accreditation*, notamment aux groupes de travail pour l'établissement de standards internationaux de DPC. Cette activité permet de tisser des liens avec des réseaux d'experts, de comparer les pratiques entre pays et d'en tirer des enseignements pouvant être mis à profit dans le cadre national.

La promotion du DPC

[237] La promotion du DPC comprend :

- l'information de l'ensemble des acteurs (ODPC, professionnels de santé, ordres, employeurs) sur le DPC et son déploiement, cette démarche de communication menée par le SDAP se distinguant de la communication interne rattachée à la direction générale. Dans ce cadre, le service communication a été scindé en 2022 pour marquer cette distinction, une partie des agents rejoignant le service développement. Cette activité s'appuie en outre sur la diffusion des chiffres clés et des chiffres par profession sur le déploiement du DPC, élaborés par le service statistiques.
- l'accompagnement des ODPC dans l'élaboration des actions, passant par l'élaboration et la diffusion de guides ;

⁵¹ Mais pas suffisamment pour en informer les CNP *ex ante*.

⁵² Il n'y a avait que 4 orientations de ce type dans le triennal 2020-2022 et il n'y en a, à la date du rapport, aucune dans le triennal 2023-2025.

- la coordination, en lien avec la direction générale et les services AMOA et SI, du projet de système d'information à l'intention des établissements employeurs des professionnels de santé salariés pour leur permettre de suivre les personnels formés. Ce projet lancé en 2018 mais retardé du fait de la crise sanitaire a donné lieu à quatre réunions de travail avec des fédérations du secteur sanitaire et médico-social⁵³. Il a été suspendu fin 2021, du fait de l'absence de validation de la tutelle, dans le contexte nouveau de la mission donnée à l'agence du numérique en santé (ANS) pour construire le système d'information de la certification périodique (cf. annexe 6).

L'évaluation de l'impact du DPC

[238] L'évaluation de l'impact du DPC est une nouvelle activité de l'agence, lancée dans le cadre du COP 2018-2021 qui vise dans un premier temps à définir la méthodologie d'évaluation de l'impact du DPC sur l'amélioration des pratiques et la qualité et la sécurité des soins. Il s'agit d'une démarche extrêmement complexe, non seulement eu égard à la diversité des thèmes et processus des actions de DPC, et de la mauvaise connaissance du déploiement du DPC parmi les professionnels de santé (notamment salariés), mais aussi plus fondamentalement du fait de la difficulté de définir et de mesurer des notions comme la qualité des pratiques et des soins, puis d'en objectiver les déterminants (diversité des facteurs d'évolution de la qualité allant bien au-delà des actions de DPC, à commencer par les autres actions de formation continue).

[239] Ces travaux, véritablement engagés en mai 2021 avec la signature d'une convention de coopération avec l'Institut de recherche et de documentation en économie de la santé (IRDES), en sont encore à l'élaboration du cadrage méthodologique, pour définir quels types de comparaisons effectuer (cf. Annexe 1, partie 2.4.1) ; ils devraient se traduire par la remise d'un rapport d'étape par l'IRDES au début de 2023. Le pilotage de la mission de l'IRDES est assuré par le Directeur de la DDQ, coordinateur scientifique du projet de recherche pour l'agence.

Les moyens du service développement, accompagnement et promotion du DPC

[240] L'ensemble des activités décrites est assuré par une petite équipe : outre le directeur de la DDQ, directement impliqué sur de nombreux sujets, et son adjointe, qui est en même temps cheffe du SDAP, ce service ne comptait au 31 décembre 2022 que 3 ETP dont un chargé de communication, une cheffe de projet (arrivée en juillet mais dont le contrat n'a pas été confirmé en janvier à l'issue de la période d'essai) et une assistante (arrivée en décembre), soit 4 ETP au total (avec la responsable) pour un effectif autorisé au BI 2022 de 6 ETP pérennes. L'agence a recruté en janvier la secrétaire générale du HCDPC et a lancé le recrutement d'un chargé de mission « accompagnement méthodologique » et d'un chargé de développement digital. A noter que les deux recrutements effectués en 2022 se sont traduits par 4 mois de vacance de poste pour le premier et près de 11 mois pour le second.

⁵³ Fédération hospitalière de France (FHF), Fédération des établissements d'hospitalisation et d'aide à la personne (FEHAP), Fédération de l'hospitalisation privée (FHP), Fédération nationale des établissements d'hospitalisation à domicile (FNEHAD), Fédération nationale des centres de santé (FNCS).

1.2.1.2 La gestion, le contrôle de conformité et l'évaluation de l'offre

[241] La régulation de l'offre de DPC, entendue ici comme l'ensemble des activités visant à enregistrer les organismes de DPC (ODPC), à effectuer un contrôle de conformité des actions de DPC qu'ils proposent et à évaluer la qualité de ces actions. Ceci inclut le cas échéant la désactivation d'actions voire la sanction d'ODPC ne répondant pas à des critères de qualité. Ces différentes activités sont assurées par le service qualité de l'offre de DPC (SQOD) de la direction du développement et de la qualité, en lien avec les instances (CSI) dans le cas de l'évaluation (ce qui conduit parfois à qualifier le contrôle de conformité de contrôle « administratif » car contrairement aux évaluations il est entièrement effectué par les services de l'agence). Les opérations relevant d'une logique de contrôle financier et de lutte contre la fraude ont été rattachées à la partie suivante de la présente annexe (gestion et contrôle des financements de l'agence consacrés au DPC).

[242] Au sein du SQOD, les trois activités d'enregistrement des organismes, de contrôle de conformité des actions avant leur publication sur le site de l'ANDPC et d'évaluation de la qualité des actions publiées, sont réalisées par des équipes distinctes. Il est à signaler que **l'ensemble des opérations décrites ci-après sont réalisées de façon dématérialisée**, les organismes disposant d'un extranet dédié qui leur permet de gérer leurs demandes et de déposer leurs dossiers, les demandes complémentaires et les décisions de l'agence leur étant notifiées par le même moyen.

[243] **Ces activités s'exercent uniquement sur le champ des actions s'inscrivant dans le cadre des OP**, conformément :

- à l'article L. 4021-7 du code de la santé publique qui précise qu'« un décret en Conseil d'Etat définit les modalités selon lesquelles, 1° les organismes ou structures peuvent présenter des actions ou des programmes s'inscrivant dans le cadre des orientations définies à l'article L. 4021.2... » (orientations pluriannuelles prioritaires) ;
- à l'article R. 4021-24, qui dispose que « tout organisme ou structure qui souhaite présenter des actions ou des programmes s'inscrivant dans le cadre des orientations définies à l'article L. 4021.2 dépose une demande d'enregistrement auprès de l'ANDPC... »
- et à l'arrêté du 14 novembre 2016⁵⁴ qui indique dans son article 4 qu'« à compter de cette date [ie : l'enregistrement par l'ANDPC], il [l'organisme] peut déposer des actions de DPC s'inscrivant dans le cadre des orientations définies à l'article L. 4021.2 du CSP sur le site internet de l'Agence »⁵⁵.

⁵⁴ Arrêté du 14 septembre 2016 relatif aux critères d'enregistrement des organismes ou structures qui souhaitent présenter des actions de développement professionnel continu auprès de l'Agence nationale du développement professionnel continu et à la composition du dossier de présentation des actions.

⁵⁵ Cf. annexe 4 et 5 sur les conséquences de ces règles : bien que d'autres dispositions du CSP, notamment l'article L 4021-4 qui dispose que seule une action s'inscrivant dans le cadre des OP est nécessaire pour valider l'engagement dans le DPC à condition que le professionnel ait suivi des action correspondant au moins deux des trois types d'actions de DPC (formation, EPP, DGR), indiquent que des actions de DPC ne s'inscrivant pas dans ce cadre peuvent être prises en compte, rien n'est dit sur la manière dont ces « autres actions » peuvent être reconnues.

L'enregistrement des ODPC

[244] L'enregistrement des organismes est assuré par une équipe de 4 agents de profil administratif (1 cadre A (1 ETP), 1 agent de catégorie B (actuellement en congé parental), 2 agents de catégorie C (1,8 ETP) soit 2,8 ETP) qui ont la charge de vérifier la conformité du dossier présenté par l'organisme aux contenus et critères définis par l'arrêté du 14 septembre 2016 (concernant l'analyse des contenus et critères, cf. partie 1 de l'annexe 5, et plus particulièrement sa section 1.2).

[245] Cette procédure est encadrée par des délais stricts qui illustrent le cadre de libre prestation de services dans laquelle elle s'inscrit, le retard de l'administration à répondre jouant en faveur du demandeur :

- l'agence a un délai d'un mois pour demander des informations et pièces manquantes, le dossier étant réputé complet au-delà. A l'inverse la non-réponse de l'organisme à une demande de l'agence dans un délais de quinze jours annule la demande d'enregistrement ;
- l'agence a deux mois à compter de la réception du dossier complet pour prendre sa décision, faute de quoi l'organisme est réputé enregistré ;
- le refus d'enregistrement doit être motivé et préciser les voies de recours.

[246] S'ajoutent aux demandes de premier enregistrement, les demandes modificatives ou complémentaires (par exemple si un élargissement des « publics concernés »⁵⁶ est souhaité). L'agence estime ainsi les demandes reçues à 30 par mois dont 10 demandes initiales et 20 demandes complémentaires. Le stock d'ODPC enregistrés s'élevait ainsi à 2667 au 13 décembre 2022 dont seulement 800 ayant déposé des actions sur la dernière année, selon les informations communiquées par le DDQ ; le nombre de primo-enregistrements s'est élevé à 62 en 2022 (selon les données au 13 décembre), et 89 en 2021.

[247] Les vérifications opérées portent sur la complétude et la conformité du dossier au regard l'arrêté du 14 septembre 2016, notamment sur les références mentionnées dans le champ de la santé. L'annexe I de l'arrêté définissant la composition du dossier liste ainsi de nombreux items à renseigner par l'ODPC et de nombreux documents à fournir, dont la complétude est vérifiée par l'équipe enregistrement (cf. encadré).

⁵⁶ Voir annexe I de l'arrêté du 14 septembre 2016 précité.

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

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

La validation des actions avant leur publication

[248] Au sein du SQOD, le contrôle de conformité des actions (avant publication sur le site de l'agence) relève d'une équipe (appelée « pool ») de professionnels de santé (libéraux ou retraités) exerçant à l'agence à temps partiel et comportant 6 personnes (1 psychomotricien, 1 sage-femme,

1 infirmier de bloc opératoire, 1 kinésithérapeute, 1 infirmier et 1 manipulateur d'électroradiologie médicale) représentant au total 2,4 ETP fin 2022. Pour la préparation du nouveau triennal 2023-2025, se traduisant par le dépôt de près d'un grand nombre d'actions à partir d'octobre 2022, l'équipe a bénéficié d'un renfort temporaire de 3 personnes (1,2 ETP : 1 sage-femme, 1 infirmier et 1 pharmacien d'officine). L'agence estime qu'un agent peut traiter 30 actions par jour de travail (soit environ 6000 actions par ETP et par an). Au 31 décembre 2021, 16 928 actions étaient publiées sur le site de l'agence, dont une partie était renouvelées chaque année.

[249] Les ODPC déposent sur l'extranet leur dossier de présentation des actions qu'ils proposent, constitué selon les exigences de l'annexe II de l'arrêté du 14 septembre 2016 (cf. encadré 2)⁵⁷. Contrairement à l'enregistrement des ODPC, la procédure de contrôle de conformité des actions n'est pas encadrée par des délais réglementaires. Le guide d'aide au dépôt des actions de DPC publié par l'agence fixe toutefois des délais pour l'organisme (dépôt au moins 3 mois avant le début de la première session) et pour elle-même, puisque l'agence doit notifier toute suspension ou tout rejet d'action au moins 1 mois avant le début de la première session, faute de quoi l'action est publiée automatiquement. La « suspension » correspond à des demandes d'explication ou de compléments de la part de l'agence, le délai de réponse de celle-ci étant interrompu tant que l'organisme n'a pas répondu.

⁵⁷ Ces éléments sont pour la plupart soumis dès le contrôle de conformité, et pour certains exigibles à son issue dans l'optique de l'évaluation scientifique et pédagogique par les CSI.

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

- identification de l'organisme ou de la structure,
- type d'action (formation continue, EPP, GDR, programme intégré),
- action spécifique (type MSU) ou non,
- libellé de l'action,
- format (présentiel, non présentiel, mixte)
- le cas échéant, caractéristiques du partenariat,
- orientation(s) prioritaire(s) visée(s),
- méthode(s) HAS de référence,
- publics concernés (en distinguant selon que l'action est monoprofessionnelle, ou interprofessionnelle),
- résumé de l'action (objectifs, prérequis pour y participer),
- références, recommandations, bibliographie utilisées,
- déroulé pédagogique de l'action : description des différentes étapes (durée, intervenants...),
- effectif maximum prévu par session,
- concepteur(s) de l'action et intervenants (avec pour chacun d'entre eux le CV et la déclaration d'intérêts),
- méthodes pédagogiques mises en œuvre,
- supports pédagogiques utilisés,
- en cas de sous-traitance, identification du(des) sous-traitant(s) et description de l'activité pédagogique sous-traitée,
- modalités d'évaluation de l'action proposée.
- année de réalisation de l'action et prix indicatif pour une participation à l'action.

[250] Le contrôle des actions en amont de leur publication est réputé n'être qu'une vérification de la conformité du dossier à la composition définie par l'arrêté du 14 septembre 2016 : l'équipe s'assure de la présence des documents demandés, en vérifiant si la méthode de DPC est correctement déployée (c'est-à-dire si toutes les étapes pour réaliser une action conformément à la méthode sélectionnée sont bien décrites)⁵⁸. Elle vérifie en outre si le rattachement à l'OP indiquée est correct, en se référant à la fiche de cadrage de cette OP (par exemple vérification de

⁵⁸ Plusieurs ODPC rencontrés par la mission estiment de ce fait que ce contrôle va au-delà d'un contrôle de conformité (cf. section 2.2 de l'annexe 5).

la conformité des publics visés en fonction des objectifs visés et de leurs compétences réglementaires), en demandant des explications en cas de doute.

L'évaluation de la qualité des actions

[251] L'évaluation de la qualité des actions publiées est de la responsabilité des 8 commissions scientifiques indépendantes (CSI)⁵⁹, constituées de représentants des professionnels de santé nommés par l'agence sur propositions notamment des CNP. Au sein d'une CSI, chaque évaluation est effectuée par un binôme de deux professionnels, sur la base de grilles de critères dépendant du type d'action, avant d'être soumise pour décision à la CSI. L'annexe 5 analyse en détail le fonctionnement des CSI et les difficultés auxquelles elles sont confrontées, notamment en raison du volume des actions à évaluer.

[252] Au sein du SQOD, une équipe de 6 agents (6 ETP), composée de 3 chargés de mission de profil administratif de catégorie A et de 3 agents administratifs de catégorie C, vient en appui des CSI pour l'organisation de leurs réunions, et la gestion des tâches administratives : réception des évaluations réalisées par les binômes, réalisation d'un tableau de synthèse des évaluations des binômes pour la CSI, participation à une réunion préparatoire à la CSI avec son président et vice-président, appui à la rédaction des avis des CSI et des notifications des résultats des évaluations aux ODPC. Ces dernières sont soumises à la relecture du directeur de la DDQ et de la cheffe du SQOD, avant signature de la directrice générale. En cas d'avis défavorable, l'ODPC dispose d'un délai de 15 jours pour émettre des observations, dont l'examen nécessite un nouveau passage en CSI. L'équipe d'appui est en outre chargée de vérifier les DPI déposées par les futurs membres des commissions préalablement à leur nomination, pour vérifier l'absence d'incompatibilité ou identifier les dépôts à prévoir. Elle peut à cette fin solliciter le comité d'éthique en cas de doute.

[253] Le service statistiques (*cf. infra* 1.2.4) prête son concours pour l'échantillonnage des actions à évaluer pour celles des CSI ne pouvant procéder que par sondage en raison du volume des actions de leur ressort (*cf.* section 4.2 de l'annexe 5).

[254] Par ailleurs, des travaux sont engagés pour harmoniser les méthodes et pratiques des CSI, avec l'organisation de réunions « inter-CSI » sur des sujets d'intérêt commun, animées par la directrice générale, le directeur de la DDQ et le SQOD. Un séminaire de travail avec les évaluateurs des CSI a en outre été organisé fin 2022, dans la perspective du nouveau triennal, pour préciser les éléments des grilles d'évaluations attendus de la part des binômes, item par item.

Les moyens du service qualité de l'offre

[255] Au total, le service comptait 13,2 ETP d'emplois pérennes au 31 décembre 2022, comprenant les 2,8 ETP du service enregistrement, les 2,4 ETP du pool, les 6 ETP en appui des CSI et la cheffe de service et son adjoint (2 ETP). S'y sont ajoutés en 2022 les 1,2 ETP venus en renfort du pool, soit 14,4 ETP au total. L'agence prévoit de renforcer l'équipe d'appui aux CSI d'un chargé

⁵⁹ CSI des médecins, comportant deux sous-sections (spécialistes, généralistes), CSI des chirurgiens-dentistes, CSI des sage-femmes, CSI des pharmaciens, CSI des biologistes, CSI des professions paramédicales et des préparateurs en pharmacie comportant 4 sous-sections (soin infirmier, rééducation, métiers médico-techniques et de la pharmacie, appareillage), CSI interprofessionnelle et CSI des physiciens médicaux.

de mission supplémentaire, en justifiant ce besoin par la nécessité de réduire les délais de notification des décisions des CSI (cf. annexe 5).

Tableau 2 : Récapitulatif des moyens consacrés au pilotage et à la promotion du DPC et à la régulation de l'offre au 31/12/2022)

Activités	Détail	Direction / service ou département concerné	ETP internes	ETP de renfort temporaire 2022	ETP supplémentaires 2023 demandés	Ressources externes
Encadrement	Pilotage de la Direction	DDQ	0,8			
Pilotage du DPC	Veille internationale	DDQ/SDEV	DDQ (déjà compté) +1 (chef SD)			
	Elaboration des orientations prioritaires	DDQ/SDEV				
	Coordination des AAP-AO	DDQ/SDEV				
	Support du HCDPC	DDQ/SG/HCDPC	0,0		2,0	
Promotion du DPC	Information des publics	DDQ/ SDEV	1,0			
	Accompagnement des ODPC (guides)	DDQ/ SDEV	1,0			
	Coordination du projet de « SI-établissements »	DDQ/ SDEV	1,0			
Evaluation de l'impact du DPC	Coordination et suivi du projet d'étude d'impact	DDQ/ SDEV	DDQ (déjà compté)			Irdes
Régulation de l'offre de DPC	Management des équipes	DDQ/service qualité de l'offre	2,0			
	Enregistrement des ODPC	DDQ/SQOD/service enregistrement	2,8	1,2		
	Contrôle de conformité des actions déposées par les ODPC	DDQ/SQOD/Pool PS	2,4			
	Evaluation de la qualité des offres en appui des CSI	DDQ/SQOD/équipe d'appui aux CSI	6,0		1,0	
Total			18,0	1,2	3,0	

Source : Mission

1.2.2 La gestion et le contrôle des financements de l'agence consacrés au DPC

[256] L'ANDPC gère les financements destinés à contribuer à la prise en charge des actions de DPC suivies par les professionnels libéraux conventionnés, certains salariés des centres de santé conventionnés⁶⁰ et les médecins salariés des établissements de santé et des établissements

⁶⁰ L'agence finance les actions de DPC des seuls salariés des centres de santé conventionnés appartenant aux 10 professions conventionnées avec l'assurance maladie lorsqu'elles exercent à titre libéral, alors que la rédaction de l'article R 4021-7 2° du CSP vise l'ensemble des salariés des centres de santé conventionnés en application de l'article L 162-32-1 du code de la sécurité sociale qui couvre tous les professionnels salariés. Cette position s'explique principalement par une incohérence du CSP qui n'a créé que 10 sections

médico-sociaux, dont la source provient exclusivement de la subvention versée chaque année par la CNAM, issue du fonds d'actions conventionnelles.

[257] Cette gestion financière recouvre les activités suivantes :

- la répartition des ressources financières entre les différentes enveloppes du DPC (Guichet, AO-AAP, médecins salariés, formation à la maîtrise de stages universitaire des médecins, principalement les généralistes⁶¹) et le suivi de leur consommation ;
- la liquidation et le paiement des factures présentées par les ODPC (frais pédagogiques) ainsi que des indemnisations des pertes de ressources des professionnels de santé ayant suivi les actions ;
- le contrôle financier de ces opérations, la lutte contre les fraudes et abus et la gestion des procédures amiables et contentieuses déclenchées à l'issue de ces contrôles.

[258] Ces activités sont exercées au sein de trois services dépendant de trois directions différentes :

- le service budget et opérations financières et de DPC (SGO), qui relève de la direction administrative et financière et des opérations de DPC (DAF) : il assure à la fois la construction et la gestion du budget de l'agence, le pilotage budgétaire du DPC et le traitement des opérations financières du DPC ;
- l'agence comptable dont une part importante de l'activité est constituée par le paiement des factures et indemnisations liées au DPC, et par des actions de recouvrement d'indus ;
- le service affaires juridiques et contrôles (SAJC), rattaché à la direction générale (DG), dont une part importante de l'activité est consacrée à une mission de contrôle des fraudes et abus liés au financement du DPC.

1.2.2.1 Le pilotage et la gestion budgétaire des enveloppes de DPC

[259] Le pilotage budgétaire du DPC est une importante composante de la gestion budgétaire de l'agence. La détermination de l'enveloppe financière disponible pour financer le DPC s'opère en fonction des prévisions de ressources (subvention CNAM) et des prévisions relatives aux autres dépenses, principalement les dépenses de fonctionnement, et en ajoutant le cas échéant, dans le cadre des budgets rectificatifs, les crédits non consommés des exercices antérieurs. Cet exercice est de la compétence de l'Assemblée générale du GIP et est préparé par la directrice des affaires financières et la cheffe du SGO (qui est également son adjointe, de profil gestionnaire financier⁶²), sous le contrôle de la directrice générale.

professionnelles, chargées de répartir les financements de l'agence entre professions et n'a pas prévu de section pour les salariés des centres de santé conventionnés n'appartenant pas à ces 10 professions.

⁶¹ Pour la seule année 2022. En 2023 les montants consacrés à la formation MSU s'imputent sur l'enveloppe des médecins.

⁶² Elle était directrice des finances dans une collectivité territoriale avant de rejoindre l'ANDPC.

[260] C'est ensuite le conseil de gestion qui valide :

- la répartition des crédits consacrés au DPC entre les différents budgets : 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 appels à projets ou appels d'offres, enveloppe consacrée aux actions de « guichet » ;
- la répartition de cette dernière enveloppe entre professions, sur proposition de la section professionnelle du Conseil de gestion.

[261] Ces répartitions entre professions sont également préparées par la directrice des affaires financières et le service statistiques. Elles peuvent donner lieu à plusieurs décisions rectificatives dans l'année, en fonction des niveaux de consommation respectifs des enveloppes, suivis par le service statistiques. Celui-ci se fonde notamment sur les inscriptions des professionnels pour établir des projections de consommation en fin d'exercice.

[262] A cette activité récurrente s'ajoute la réalisation de travaux d'analyse et de réflexion sur le financement du DPC et les modalités de prise en charge des actions, qui peuvent donner lieu à des appuis externes. Pendant la période du COP ont été notamment réalisés :

- l'étude de coût demandée par le COP (cf. annexe 1, partie 4.3.3) qui a donné lieu à une convention passée en 2019 avec les universités de Bourgogne-Franche Comté et de Haute-Alsace (UBFC) dont la directrice des affaires financières a assuré le suivi ;
- une analyse économique du modèle de DPC réalisée par le Crédoc en 2022 ;
- des travaux de révision des conditions de prise en charge des actions (cf. annexe 1, partie 4.3.3) menés avec les sections professionnelles et pilotés par la directrice générale et la directrice des affaires financières, appuyées par le service statistiques.

[263] Un chargé de mission « affaires financières » doit arriver début 2023 dont les missions restent à préciser.

1.2.2.2 La gestion financière des opérations de DPC

[264] Le service SGO assure le traitement des « demandes de solde » adressées par les ODPC après chaque session. Cette activité recouvre :

- l'enregistrement des demandes de soldes pour le suivi des délais de paiement ;
- le contrôle administratif incluant des contrôles de cohérence à partir des pièces justificatives fournies : cohérence entre inscriptions et émargement des professionnels, vérification de l'éligibilité des professionnels au regard de leur mode d'exercice, vérification des montants facturés au regard du forfait applicable et du crédit disponible pour le professionnel ;
- la liquidation de la facture de l'ODPC et l'indemnisation des professionnels ayant suivi les actions correspondantes (tenant compte du crédit disponible sur le forfait) ;
- l'ordonnancement et la transmission de la facture pour paiement à l'agence comptable.

[265] Au sein du SGO, la responsable encadre une adjointe à la cheffe de service (cadre administratif A) et une équipe de 6 agents administratifs (catégorie C), ce qui représente au total 6,4 ETP auxquels se sont ajoutés en 2022 2 ETP de renfort pour faire face aux absences et à une forte augmentation du nombre de factures, s'expliquant par le passage à des formations en non présentiel, une session (donnant lieu à une facture) pouvant être suivie par un seul professionnel : entre 2018 et 2021, le nombre de sessions a plus que doublé en passant de 18 911 à 38 395 (cf. annexe 1, partie 1.2.3).

[266] L'agence comptable (AC) consacre une grande partie de son activité au contrôle et au paiement des factures des ODPC et indemnités des professionnels de santé (environ 26 000 dossiers DPC traités par an pour 500 dossiers liés aux frais de structure). On peut estimer que 2 ETP (sur les 3 ETP de l'agence comptable au 31/12/2022) sont affectés à ces tâches (1 contrôleur et l'adjointe⁶³). En 2022, un agent est venu renforcer l'équipe temporairement (l'agence souhaite pérenniser ce renfort en 2023 en créant un poste supplémentaire de « contrôleur comptable » référent de la mission de contrôle interne).

[267] A la différence des factures relatives aux frais de fonctionnement qui sont directement réceptionnées par l'AC, les factures relatives au DPC passent d'abord par le SGO qui effectue les contrôles mentionnés supra avant transmission à l'AC. Les vérifications de l'agence comptable sont d'une autre nature ne nécessitant pas la connaissance administrative du DPC. Elles portent en effet notamment sur les coordonnées bancaires des ODPC et professionnels, que ceux-ci saisissent dans leur compte extranet, les erreurs relatives à ces saisies représentant le principal motif de rejet de factures.

1.2.2.3 Le contrôle des opérations de DPC et la lutte contre la fraude

[268] Le service des affaires juridiques et contrôles (SAJC), rattaché à la direction générale exerce trois activités principales, l'appui juridique aux services, qui sera évoqué plus loin (cf. *infra* 1.2.5.1), le contrôle et la lutte contre la fraude sur les opérations financières liées au DPC et la gestion des contentieux afférents à la gestion de l'offre de DPC (enregistrement, publications des actions, facturations). Il assure en outre le secrétariat du comité d'éthique et le pilotage de la mise en conformité au RGPD (cf. *infra* 1.2.4.3).

[269] Le service a vu son organisation évoluer récemment avec l'arrivée en janvier 2022 d'une responsable, cadre venant de la CNAM, avec l'objectif 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. Sur le champ des contrôles et du contentieux, il compte, sous l'autorité de la cheffe de service, 2 juristes-contrôleurs (de niveau A) et 2 contrôleurs-vérificateurs (de niveau B) et une assistante juridique (de niveau B) qui intervient sur tout le champ des activités du SAJC. Si l'on compte la moitié du temps de la cheffe de service et la moitié de celui de l'assistante, on peut estimer que 5 ETP du SAJC sont dévolus aux contrôles et contentieux.

⁶³ En considérant que son activité de contrôle prédomine sur son activité de tenue des comptes en soutien de la responsable.

[270] L'activité de contrôle et de lutte contre la fraude s'appuie sur les signalements internes, de la part du SGO, de l'AC, du SQOD, de la plateforme de relation avec les usagers (cf. *infra* 1.2.4.1) ou d'autres services, ou externes, de la part de professionnels de santé ou d'ODPC, par l'intermédiaire du site internet ou des extranets qui leur sont dédiés et grâce à un formulaire en ligne *ad-hoc* (856 signalements reçus par le service en 2021 dont 95 % ont été traités selon le SAJC). Le service statistiques peut en outre effectuer des requêtes sur l'entrepôt de données de l'agence, pour détecter des anomalies, en employant des méthodes de type *data-mining* pour cibler les plus prédictives de risques⁶⁴. Les agents du service peuvent aussi repérer des comportements suspects en naviguant sur les sites des ODPC. Ces signalements déclenchent des enquêtes approfondies, par exemple, des prises de contact avec les professionnels censés avoir participé à une action (selon les pièces remises par l'ODPC) pour vérifier leur participation effective ou la conformité du déroulement de l'action aux déclarations de l'organisme (889 courriers à ce titre adressés à des professionnels en 2021 et 55 à des ODPC). Si la suspicion de facturations abusives représente la majeure partie des motifs de contrôle, celui-ci peut porter sur d'autres aspects des pratiques des ODPC, par exemple le démarchage abusif des professionnels.

[271] Le service gère en liaison avec le SGO et l'AC les mesures prises pour donner suite aux contrôles : blocage avant paiement (environ 200 K€ en 2022), notification d'indus (environ 800 K€ en 2022, à la date du 15 octobre), désenregistrement d'ODPC (en liaison avec la DDQ), suites contentieuses (49 dossiers en cours)⁶⁵. La gestion de ces contentieux peut nécessiter de recourir à des avocats pour représenter l'agence devant le Conseil d'Etat, une juridiction civile ou une juridiction pénale.

⁶⁴ En combinant plusieurs critères dans la requête : probabilité de fraude (par exemple : renouvellement de la même action par un PS), volumétrie, poids de la fraude en termes d'impact financier ou d'image, capacité de l'agence à investiguer et charge d'investigation.

⁶⁵ Sur les 15 dossiers par ailleurs clos, l'agence a obtenu 75 % de décisions de justice favorables.

Tableau 3 : Récapitulatif des moyens consacrés à la gestion et au contrôle des financements de l’agence alloués au DPC au 31/12/2022

Activités	Détail	Direction / service ou département concerné	ETP internes	ETP de renfort temporaire 2022	ETP supplémentaires 2023 demandés	Ressources externes
Pilotage et gestion budgétaire	Répartition et suivi des enveloppes de DPC	DAF, cheffe du SGO	1,0*			
	Etude du coût des formations					UBFC, Crédoc
	Définition des conditions de prise en charge des actions					
Gestion financière des opérations de DPC	Contrôle administratif avant paiement	DAF-SGO	6,4	2,0	1,0	
	Liquidation et ordonnancement des factures					
	Vérification et paiement des factures	AC	2,0	1,0	1,0	
Contrôle et contentieux des opérations de DPC	Analyse des signalement et des requêtes	DG/SAJC	5,0			
	Enquêtes					
	Assistance aux services sur les mesures prises suite à contrôle					
	Gestion des contentieux				Avocats	
Total			14,4	3,0	2,0	

Source : Mission. * estimation 50 % temps de la directrice de la DAF et de la cheffe du SGO

1.2.3 La construction et la gestion des systèmes d’information pour la gestion du DPC et des services dématérialisés aux utilisateurs

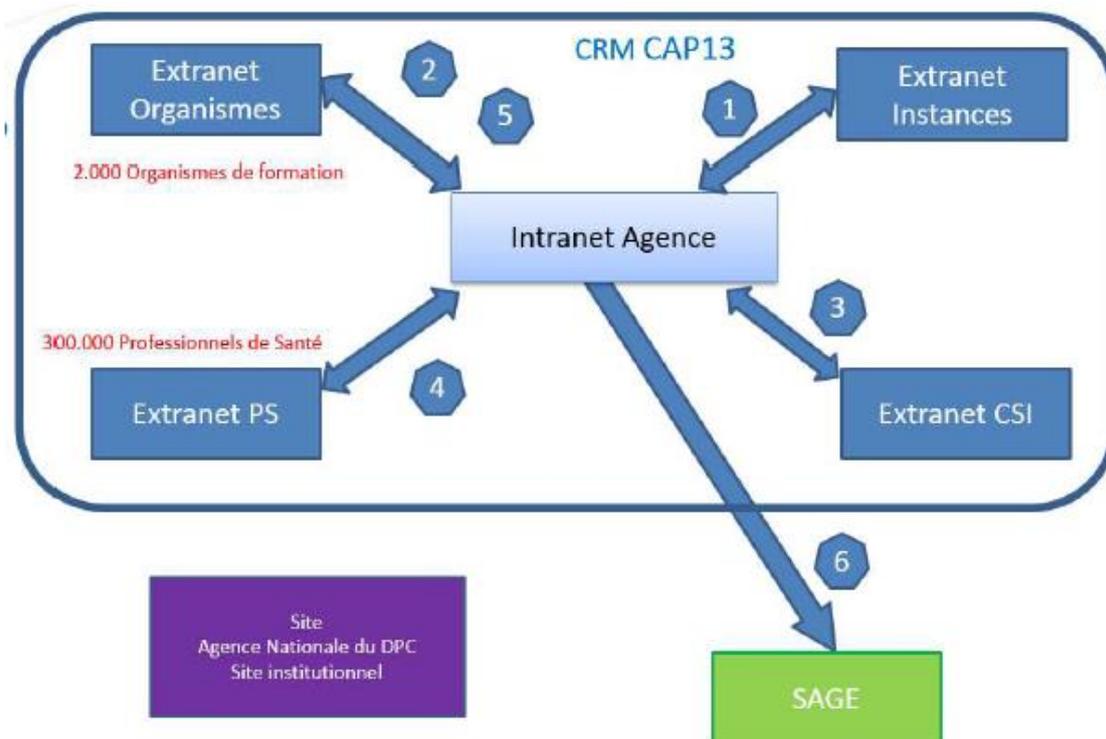
[272] Le choix fait lors de la création de l’OGDPC, à savoir celui d’un fonctionnement totalement dématérialisé pour la gestion de l’ensemble des procédures et des relations avec les ODPC, professionnels de santé et autres partenaires, a conféré à la gestion des systèmes d’information un rôle très important dans le fonctionnement de l’agence. Le rapport de l’IGAS de 2014 sur la gestion de l’OGDPC⁶⁶ avait toutefois dénoncé les graves inconvénients de ce choix dès lors qu’il ne s’était pas accompagné d’une organisation et de ressources internes adéquates et avait conduit l’organisme à une très forte dépendance à l’égard d’un prestataire de services informatiques. La transformation de l’OGDPC en ANDPC a permis de revoir ce choix pour donner à la nouvelle agence la maîtrise du pilotage de son SI, en internalisant les ressources nécessaires.

[273] L’annexe 6 présente en détail les services offerts et les principaux enjeux du SI de l’agence. Le schéma ci-dessous se borne à présenter la structure du SI et à mentionner les principaux services offerts. Le SI de l’agence s’appuie sur un unique outil de gestion de la relation client (ou

⁶⁶ « Contrôle de l’OGDPC et évaluation du DPC des professionnels de santé », B. Deumié, P. Georges et JP. Natali, IGAS, avril 2014.

CRM pour *customer relationship management*), appelé CAP 13 de conception et technologie ancienne et auquel l'agence est en train de substituer progressivement une organisation modulaire et évolutive du SI, recourant à des technologies modernes.

Schéma 2 : Présentation de la structure du SI et des services offerts



Étape	Processus suivi
1	Les instances définissent les règles de gestion financière à travers la définition des enveloppes métiers, les règles de valorisation des sessions.
2	Les organismes déposent des dossiers pour être habilités à créer des actions de DPC. Les actions sont contrôlées à 3 niveaux <ul style="list-style-type: none"> • A la création, via l'Intranet, avant d'être publiées sur nos extranets (Organismes et PS) et de pouvoir créer des sessions • Par échantillonnage pour analyse des Commissions Scientifiques Indépendantes • A posteriori
3	Chaque action échantillonnée est analysée par la CSI du métier concerné pour se voir affecter un avis favorable ou défavorable sur son maintien en action de DPC
4	Les Professionnels de Santé libéraux remplissent un dossier puis s'inscrivent aux sessions qui les intéressent. Lors de l'inscription, l'Agence leur attribue une participation pour la formation (payée à l'organisme) et une indemnisation (payée au PS) sous réserve de participation
5	Une fois la session terminée l'organisme fait une demande de traitement de la session à l'Agence. Le processus se déroule jusqu'à la validation du paiement de la participation de l'ODPC et les indemnisation des PS ayant participé
6	Le logiciel de comptabilité est alimenté par les écritures comptables générées par le CRM CAP13

Source : ANDPC. A noter que cette présentation n'inclut pas le document de traçabilité (DDT) qui vise une population de professionnels beaucoup plus large que celle bénéficiant des financements de l'agence.

[274] La gestion du SI est assurée par deux équipes rattachées à la direction générale qui exercent des fonctions distinctes :

- la maîtrise d'ouvrage s'appuie sur le service assistance à maîtrise d'ouvrage qui assiste les équipes métiers dans la formalisation de leur besoin, fournit les spécifications fonctionnelles à l'équipe SI et réalise la recette métier ;
- la maîtrise d'œuvre est assurée par le service SI comprenant une composante développement et une composante infrastructures et exploitation, s'appuyant sur des prestataires.

1.2.3.1 La maîtrise d'ouvrage

[275] La maîtrise d'ouvrage des applications métiers de l'ANDPC relève naturellement des directions qui gèrent le DPC. Mais les difficultés rencontrées dans le développement des applications métiers pointées par le rapport IGAS précité ont conduit à revoir complètement l'organisation du pilotage des SI, pour mieux les maîtriser, avec l'internalisation de la conduite des développements à partir de 2017 et la constitution d'une équipe d'assistance à maîtrise d'ouvrage (AMOA) en 2018.

[276] Il est en effet apparu nécessaire d'aider les services métiers à formaliser leur besoin en termes intelligibles pour les responsables des développements grâce à une équipe dédiée à cette « intermédiation ». Cette équipe d'AMOA est constituée de deux agents (2 ETP), dont l'une, recrutée par l'OGC en 2001, a exercé son activité dans différents services et à différents niveaux de responsabilité de l'organisme et possède ainsi une connaissance étendue des différents métiers de l'agence et l'autre, arrivé en 2018, a une expérience d'une vingtaine d'année en AMOA, acquise à l'AP-HP. Elle exerce les missions suivantes :

- recueillir les besoins métiers, en animant des ateliers de travail avec les équipes concernées, et les formaliser ;
- rédiger les définitions des données véhiculées par les SI et de leurs règles de gestion ;
- rédiger les spécifications fonctionnelles formalisant les besoins métiers, à l'intention du service SI chargé de réaliser les développements informatiques ;
- assurer le pilotage de la correction des anomalies signalées par les services métier : un outil de gestion informatisée des « tickets » de support permet la remontée des demandes et le suivi de leur traitement ;
- réaliser les tests des développements (recette fonctionnelle) avant leur livraison aux équipes métiers ;
- instruire chaque année les demandes d'évolutions présentées par les métiers et le service SI pour estimer les enjeux métier et la charge de développement correspondante et permettre la hiérarchisation des priorités par la directrice générale, dans le cadre d'un programme de travail annuel.

[277] L'équipe dispose d'un environnement de test qui lui permet d'accéder à l'ensemble des espaces ouverts aux agents de l'ANDPC et aux usagers (PS, ODPC, membres des instances) et de

simuler le traitement des interactions entre ceux-ci et le système d'information pour mesurer l'impact des modifications effectuées.

1.2.3.2 La maîtrise d'œuvre

[278] Le service SI assure le pilotage des activités de développement et de gestion des infrastructures, ces deux missions relevant de deux équipes distinctes (dénommées pôles), placées chacune sous l'autorité d'un adjoint au chef du service, arrivé en 2019 et possédant une expérience diversifiée d'une vingtaine d'années dans la gestion des SI dans des structures publiques et privées.

Le développement des applications

[279] Le pôle développement, dirigé par un informaticien sénior, comprend 3 développeurs (de profil informaticien master 2) et un agent chargé de la recette technique, soit au total 5 ETP, assistés de prestataires représentant environ 3 ETP (2 sur les activités de développement et 1 sur la recette). Ce recours aux prestataires correspond à des spécialités non disponibles en interne ou à des besoins ponctuels de soutien sur des pics d'activité ; le recrutement s'effectue par l'intermédiaire de marchés proposés par l'UGAP, avec une rémunération selon les unités d'œuvre de ces marchés. Le pôle peut en outre occasionnellement externaliser certains développements requérant la maîtrise d'une technologie particulière. Cette équipe a été presque entièrement renouvelée depuis 2019, les délais de recrutement se traduisant par des retards dans les projets de développement.

[280] Le pôle est chargé des développements des projets, dans le cadre du programme de travail arrêté par la direction générale selon les modalités évoquées *supra*. Les projets sont conduits sous l'égide d'un comité de pilotage réunissant la ou les directions métiers concernées, l'équipe AMOA et le responsable et le ou les développeurs chargés du projet, affectés selon leur compétence sur les technologies à mettre en œuvre. Il est également chargé de l'administration et du maintien en conditions opérationnelles des applications.

[281] Le pôle s'est engagé sur le « décommissionnement » progressif du CRM CAP 13, la concentration des traitements de l'ensemble des applications métiers par ce seul outil, géré sur un seul serveur, avec lequel communiquent les portails métiers (extranet ODPC, PS, CSI et autres instances ; intranet des services de l'agence) soulevant des difficultés croissantes : d'une part, la technologie de l'outil est ancienne (même si elle a été montée en version) et, d'autre part, toute évolution sur une application oblige à bloquer l'accès au serveur pour toutes les applications qui y sont gérées. Pour remédier à cette situation, les nouvelles applications, telle que celle gérant le DDT, ont été développées à part, sur un serveur dédié et avec des technologies modernes, et les applications métiers existantes vont être progressivement transférées sur de nouveaux serveurs. Par ailleurs, ces transferts vont être l'occasion de moderniser et d'harmoniser l'ergonomie des portails.

La gestion des infrastructures et la supervision de l'hébergement externalisé

[282] Outre son responsable, adjoint au chef du service SI et arrivé en août 2022, le pôle infrastructures comprend un ingénieur système et un technicien, plus particulièrement chargé de la gestion des postes de travail des agents (soit au total 3 ETP).

[283] Les serveurs des applications de l'agence sont actuellement répartis entre son site du Kremlin-Bicêtre où sont localisés les serveurs gérant les applications bureautiques et l'environnement de développement de CAP 13, et un *data center* situé à Aubervilliers, géré par la société Equinix, qui accueille les serveurs de production et de préproduction de CAP 13, du site internet et de la messagerie électronique. L'agence a entre recours à plusieurs prestataires pour l'assister dans la gestion des infrastructures et équipements :

- l'infogérance du réseau local, de la plateforme de téléphonie (utilisée par l'équipe support) des routeurs et des accès est assurée par des opérateurs de télécommunication (Hub one et Akio) ;
- l'infogérance des environnements de préproduction et de production de CAP 13 est assurée par la société Syspark et celle des serveurs bureautiques par la société DCS Easyware.

[284] Une évolution de cette organisation doit être réalisée par étapes avec la suppression au premier semestre 2023 de l'infrastructure du Kremlin-Bicêtre transférée à un prestataire choisi via l'UGAP, fonctionnant en *cloud* souverain (SecNumCloud), avec deux sites miroirs permettant d'assurer la continuité de l'activité en cas d'incident. Au deuxième semestre, la mission sera étendue à la fourniture d'un service de secours à la production. Ce nouveau prestataire pourrait ensuite reprendre la gestion des infrastructures assurée aujourd'hui sur le site d'Aubervilliers.

[285] Le pôle de gestion des infrastructures a pour mission de concevoir et de gérer ces évolutions et d'assurer la supervision des prestataires d'infogérance. Il assure aussi le support informatique aux agents.

Tableau 4 : Récapitulatif des moyens consacrés à la gestion des SI au 31/12/2022

Activités	Détail	Direction / service ou département concerné	ETP internes	ETP de renfort temporaire 2022	ETP supplémentaires 2023 demandés	Ressources externes
Développement et MCO des applications	Assistance à maîtrise d'ouvrage : formalisation des besoins métiers et recette fonctionnelle	DG/service AMOA	2,0	1,0	1,0	
	Réalisation des développements (ou pilotage de développements externalisés)	DG/service SI/ pole D	5,0			Prestataires intégrés (3 ETP) et occasionnels
Gestion des infrastructures	Définition de l'architecture technique	DG/service SI/ pole I	2,0			Hébergeurs, infogérants
	Pilotage des prestataires d'infogérances					
	Assistance aux utilisateurs	DG/service SI/ pole I	1,0			
Pilotage transversal	Pilotage général des projets SI (développements et infrastructures), management des équipes SI	DG/service SI/	1,0			
Total			11,0	1,0	1,0	

Source : Mission

1.2.4 Les autres fonctions transversales relatives au pilotage et à la gestion du DPC

[286] Outre la gestion des SI métiers, plusieurs équipes de l'agence assurent des fonctions transversales concourant à la mise en œuvre du DPC.

1.2.4.1 L'assistance aux utilisateurs

[287] Le COP 2018-2021 demandait à l'agence de construire une plateforme d'accueil dédiée à la relation avec les ODPC et professionnels de santé pour identifier leurs besoins et connaître leurs avis concernant les services proposés afin de les faire évoluer (cf. annexe 1, partie 1.2.1). Divers retards, imputables notamment au délai de passation d'un marché de téléphonie et, surtout, aux délais de recrutements des membres de l'équipe, ont conduit à ce que la plateforme ne soit pleinement opérationnelle que depuis début 2022, avec l'arrivée de 3 agents supplémentaires.

[288] La plateforme fournit un service de traitement des appels téléphoniques et courriels (par formulaire de contact) des utilisateurs du DPC et des services de l'agence, principalement les professionnels de santé et ODPC. La réponse téléphonique est ouverte en semaine de 9h30 à 14h30, l'après-midi étant consacrée aux traitements des questions complexes (qui donnent lieu à un rappel ultérieur du demandeur après obtention de la réponse auprès des services métiers) et

au traitement des courriels (la réponse pouvant être adressée par la plateforme, après avis d'un expert métier si nécessaire, ou par le service métier, notamment pour les réponses aux questions des ODPC). Un outil de gestion de la relation client permet de gérer les deux canaux et de produire des statistiques sur les nombres d'appels reçus et traités par agents, les motifs de contact et l'origine de ceux-ci.

[289] Le service relations avec les usagers (SRU), qui gère la plateforme, est rattaché à la DG. Il est depuis début 2022 composé de 10 agents (9,8 ETP). Son responsable arrivé en février 2021 est un spécialiste expérimenté du télémarketing, exercé dans plusieurs entreprises de vente de produits et services en ligne. Les téléconseillers ont des profils similaires, avec une expérience plus ou moins développée, nécessitant un apprentissage du fonctionnement du DPC et des services fournis par l'agence et la mise à disposition d'une base de connaissance actualisée. Le responsable supervise les réponses apportées par l'équipe et veille à leur qualité. Chaque agent traite en moyenne près de 20 appels par jour (160 au total). Le premier motif d'appel concerne des questions d'accès aux services (difficultés de connexion ; problèmes d'identification au RPPS). Environ un tiers des appels suppose une intervention de la DDQ ou du service SI pour résoudre les problèmes mentionnés.

[290] Depuis le renforcement de l'équipe, l'agence a atteint des performances satisfaisantes dans le traitement des réponses, avec un taux de décroché dépassant 90 % et une réponse aux courriels à J+2. De ce fait, elle a en juin 2022 cessé d'envisager le recours à une plateforme d'appel externe.

1.2.4.2 Les traitements statistiques

[291] Comme on l'a vu en 1.2.2.1, la gestion du DPC exige la réalisation de traitements statistiques par des requêtes SAS sur la base de données de l'agence, enregistrant toutes les opérations liées au fonctionnement du dispositif. Rattaché à la direction administrative et financière, le service statistiques et analyses (SSA) effectue les tâches principales suivantes :

- la production régulière de données de suivi du DPC :
 - rapports d'activité annuel par profession ;
 - rapports semestriels sur l'offre de DPC et le nombre d'inscriptions adressés aux CNP, aux fédérations d'employeurs et aux ordres ;
 - suivi mensuel de la consommation des enveloppes par profession et réalisation de projections à destination du conseil de gestion et des sections professionnelles ;
 - chiffres clés publiés chaque trimestre sur le site internet ;
- des travaux « à façon » pour le compte des services métiers ou de partenaires extérieurs (notamment les administrations de tutelle), notamment :
 - travaux d'échantillonnage des actions à évaluer par les CSI ;
 - estimation des provisions à constituer sur les actions de DPC réalisées pour l'arrêté des comptes, à destination de la DAF et de l'AC ;
 - travaux de ciblage des contrôles à effectuer, par combinaison de différents critères (en utilisant des techniques de *data mining*), en appui de la DAJC.

- autres travaux réalisés à la demande des administrations centrales ou de la direction de l'agence.

[292] Le service est aujourd'hui confronté à trois vacances de postes, dont celui du responsable, en cours de recrutement (le précédent était un fonctionnaire détaché du MESR). Il compte actuellement 2 chargés d'études (de niveau master 2 statistiques) représentant 2 ETP. L'agence souhaite recruter aussi un *data scientist* sur les travaux de ciblage des contrôles, la création du poste ayant été prévue au BI 2022 ainsi qu'un chargé d'études supplémentaire.

1.2.4.3 Conformité au RGPD et appui au comité d'éthique

[293] Outre le contrôle et la gestion des contentieux, le SAJC exerce deux missions transversales :

- la fonction de délégué à la protection des données (DPO) confiée à un agent de catégorie A qui coordonne la mise en conformité des traitements effectués par l'agence au RGPD (recensement des traitements, mise en place de leur registre, élaboration d'une politique de traitement des données et d'une charte informatique). Un cabinet conseil est venu en appui pour identifier les risques et les écarts aux règles du RGPD et aider à la réalisation d'un plan de mise en conformité dont le DPO assure le suivi ;
- l'appui au comité d'éthique (secrétariat, suivi des avis).

[294] On peut estimer que ces activités représentent 1,5 ETP (le DPO et une part du temps de la responsable et de l'assistante juridique du SAJC).

Tableau 5 : Récapitulatif des moyens consacrés aux autres fonctions transversales sur le DPC au 31/12/2022

Activités	Détail	Direction / service ou département concerné	ETP internes	ETP supplémentaires 2023 demandés	Ressources externes
Appui aux utilisateurs	Traitement des appels téléphoniques et courriels	DG/SRU	9,8		
Statistiques	Production régulière de données statistiques	DAF/SSA	2,0	3,0 (vacants)	
	Travaux ponctuels sur demande par requêtage sur la base de données				
Protection des données	Fonction de DPO, mise en œuvre de la conformité au RGPD	DG/DAJC	1,5*		
Appui au comité d'éthique	Secrétariat du comité et suivi de ses avis				
Total			13,3		

Source : Mission. * Estimation : poste de DPO + 50 % du poste de la cheffe de service et de l'assistante

1.2.5 Les fonctions support et de pilotage transversal

1.2.5.1 Les fonctions support

[295] Organisme juridiquement autonome, l'agence doit assumer l'ensemble des fonctions de gestion nécessaire à son fonctionnement. Ces fonctions sont rattachées à la DAF et à l'AC, à l'exception de l'assistance juridique, rattachée à la DG.

[296] La **gestion des ressources humaines**, recouvre l'ensemble des fonctions associées au recrutement et à la gestion des dossiers individuels des agents et aux obligations de l'employeur (secrétariat des instances représentatives en appui de la directrice de la DAF⁶⁷, formation continue, accès à la médecine du travail, actualisation en cours du document unique d'évaluation des risques professionnels (DUERP), etc.). Dans le cadre de l'actualisation du DUERP, le service RH a adressé aux agents en novembre 2022 un questionnaire sur les risques psycho-sociaux. Ce questionnaire, de même que le dispositif de signalement mis en place⁶⁸ n'ont pas fait remonter de risques particuliers selon le service RH.

[297] La fonction RH recouvre aussi la gestion des indemnités et frais de déplacement des membres des instances, dont environ 150 sous statut de collaborateur occasionnel du service public impliquant l'établissement de fiches de paye (à un rythme trimestriel). La fonction paye est externalisée, le prestataire éditant les bulletins de salaires des agents et des personnes sous statut de collaborateur occasionnel du service public et procédant aux déclarations sociales.

[298] Le service RH compte 3 agents (3 ETP) de profil administratif, deux de catégorie A (dont la responsable arrivée en janvier 2022) et un de catégorie B.

[299] La **gestion du budget et de la comptabilité** ordonnateur est, comme on l'a vu *supra*, assurée par la directrice des affaires financières et la cheffe du SGO. L'agence comptable assure la tenue des comptes et la trésorerie (par un système d'appels de fonds automatisé auprès de la CNAM) et effectue les contrôles avant paiement sur les dépenses (notamment les RH et achats-marchés pour les dépenses de fonctionnement). On peut estimer que ces activités mobilisent environ 1 ETP de l'agence comptable (les 2 autres étant affectés aux opérations de DPC cf. *supra*), en l'occurrence principalement la responsable du service comptabilité, contrôle et paiement.

[300] Le service **achats et marchés** (SAM) a la responsabilité de la conformité juridique des procédures aux règles de la commande publique dans les différents domaines d'achat : logistique, entretien des locaux, informatique, communication, prestations RH (médecine du travail, recrutement, formation), conseil juridique et achat de prestations de DPC. Il rédige les pièces administratives des marchés, en liaison avec les services métiers qui rédigent les pièces techniques, et conduit les procédures de mise en concurrence et de choix des titulaires. Il rédige notamment les rapports de présentation et d'analyse des offres, avec l'appui des services métiers, le choix final étant soumis à la directrice générale. Il n'y a pas de commission d'appel d'offres (qui n'est plus obligatoire depuis 2008) mais une commission d'analyse des offres peut être organisée

⁶⁷ La fusion entre le CHSCT et le CTE en comité social d'administration (CSA) est effective depuis janvier 2023 (installation le 14 janvier).

⁶⁸ Les agents souhaitant faire un signalement peuvent s'adresser au service RH ou directement aux membres du CHSCT/CSA.

à la demande, avec parfois des experts extérieurs, comme cela a été le cas pour les trois appels d'offres de prestations de DPC. Il n'existe pas de cartographie des achats formalisée ni de note interne décrivant l'organisation en matière d'achat et la répartition des rôles entre le SAM et les services métiers, mais un guide des procédures d'achat devrait être élaboré dans le cadre du déploiement du contrôle interne. Les achats font cependant l'objet d'une programmation annuelle sur la base du budget de fonctionnement, après recensement des besoins des services. L'ANDPC recourt pour certains achats à l'UGAP (fournitures, formations des agents, etc.), pour d'autres à la Direction des achats de l'Etat (abonnements documentaires, formations, téléphonie mobile, etc.).

[301] Le SAM compte 3 agents (3 ETP), une responsable juriste marchés arrivée en octobre 2020, un rédacteur juriste marché arrivé en octobre 2022 et un agent de catégorie B chargé des petits achats.

[302] Le SAJC assure une fonction d'assistance et de conseil juridique aux autres services, pour une quotité de temps qui peut être estimée autour de 0,5 ETP.

1.2.5.2 Les fonctions de pilotage et de management

[303] Les fonctions de direction générale et de management des équipes sont assurées par l'équipe de direction (directrice générale, directeur du développement et de la qualité et directrice des affaires financières). La directrice générale est appuyée par une assistante et un directeur de projet en charge des projets transversaux (catégorie A), auquel est rattaché un agent chargé de la logistique interne (0,4 EPT). Est aussi rattaché à la directrice un agent de catégorie A recruté en novembre 2022, chargé de la mise en place du contrôle interne.

[304] La communication interne est également rattachée à la DG, le service ne comptant que sa responsable depuis le transfert à la DDQ de l'équipe chargée de l'accompagnement et de la promotion du DPC. Ce service est également chargé de la refonte des sites internet.

Tableau 6 : Récapitulatif des moyens consacrés aux fonctions support et aux fonctions de pilotage au 31/12/2022

Activités	Détail	Direction / service ou département concerné	ETP internes	ETP supplémentaires 2023 demandés	Ressources externes
Gestion des ressources humaines	Recrutement et gestion des contrats de travail Mise en œuvre des obligations de l'employeur	DAF/SRH	3,0		Prestataire de paye
Budget et comptabilité	Pilotage budgétaire	DAF/SGO	1,0*		
	Comptabilité, trésorerie	AC	1,0		
Achats et marchés	Conduite des procédures de marchés et assistance aux services métier	DAF/SAM	3,0		
Conseil juridique	Assistance juridique aux services	DG/SAJC	0,5		
Pilotage de l'agence	Pilotage transversal, management des équipes	DG, DDQ, DAF	1,0 **		
	Assistance à la DG	DG	1,0		
	Pilotage des projets transversaux	DG/directeur de projet	1,4		
	Contrôle interne	DG/chef de projet	1,0		
	Communication interne/intranet	DG/Com	1,0		
Total			13,9		

Source : Mission. * estimation 50 % des temps de la directrice de la DAF et de la cheffe du SGO ; ** : hors directeur de la DDQ et directrice de la DAF, déjà comptés.

1.3 L'analyse des effectifs respectivement dévolus aux différents métiers montre le poids important de l'activité de financement des actions suivies par les seuls professionnels éligibles

[305] Si les missions de l'agence s'adressent à l'ensemble du public du DPC, soit près de 2 millions de professionnels de santé (cf. annexe 4), ses activités métiers s'orientent prioritairement vers ceux qui peuvent bénéficier de son financement, c'est-à-dire les libéraux conventionnés et les salariés des centres de santé conventionnés :

- l'activité de promotion et de développement du DPC se centre sur l'élaboration des orientations prioritaires, l'enregistrement des ODPC, le contrôle de conformité des actions déposées par ceux-ci avant leur publication et leur évaluation après publication : ces activités concernent en principe tous les publics du DPC mais il n'est pas possible de connaître la part des publics dont le DPC n'est pas financé par l'agence qui en bénéficient, **l'agence n'ayant aucune information sur les actions de son catalogue suivies par ces professionnels**. Par ailleurs, la promotion du DPC auprès de ce public ne représente qu'une part très marginale (en termes d'activités et d'effectifs mobilisés) de l'activité de l'agence : les seules actions concrètes réalisées sont l'ouverture du document de traçabilité en juillet 2020 et la mise en place d'un groupe de travail avec des fédérations d'établissements de

santé la même année, groupe dont les travaux se sont au demeurant arrêtés en novembre 2021. En outre, si le fonctionnement « en guichet » du dispositif est bien adapté aux professionnels libéraux choisissant librement les actions qu'ils souhaitent suivre et gérant en autonomie leur agenda professionnel, ce n'est pas le cas pour les salariés pour lesquels c'est l'employeur qui finance les actions, les employeurs ayant la qualité de pouvoir adjudicateur étant soumis à des procédures de mise en concurrence pour les acheter (cf. annexe 4) ;

- les activités de gestion et contrôle des financements de l'agence alloués aux actions ne s'exercent par définition qu'au profit des professionnels éligibles à son financement ;
- les SI de l'agence sont prioritairement orientés vers les besoins des utilisateurs pouvant bénéficier des financements de l'agence : les établissements employeurs peuvent s'enregistrer comme ODPC et déposer des actions, mais les actions déposées dans ce cadre sont peu nombreuses (cf. annexe 4), l'intérêt de ce dépôt étant limité (pas de financement de l'agence ni de possibilité d'inscription des agents sur son site) au regard de la charge administrative induite ; le DDT s'adresse à un public plus large mais les professionnels ne bénéficiant pas des financements de l'agence ne représentaient au 31 décembre 2022 que 12,3 % des 338 535 professionnels ayant ouvert un compte, soit un taux de couverture de l'ordre de 3 % pour cette sous-population (environ 45 600 professionnels sur 1,5 millions) ;
- de même, les missions transversales sur le fonctionnement du DPC, et notamment la plateforme d'appui aux utilisateurs qui mobilise le plus d'effectifs, s'exercent principalement au profit des professionnels pouvant bénéficier des financements de l'agence.

Tableau 7 : Récapitulatif général de la ventilation de effectifs de l'agence par fonction au 31/12/2022

Activités	Détail	Direction / service ou département concerné	ETP internes	ETP de renfort temporaire 2022	ETP supplémentaires* 2023 demandés
Pilotage, promotion et régulation de l'offre de DPC	Pilotage, suivi et évaluation de l'impact du dispositif Enregistrement des ODPC Validation et évaluation des actions	DPQ/SD, DPQ/SQO	18,0	1,2	3,0
gestion et contrôle des financements de l'agence alloués au DPC	Répartition du financement par enveloppe et profession ; Liquidation et paiement des factures des ODPC et de l'indemnisation des PS, contrôles avant et après paiement	DAF/SGO AC/SCCP SG/SAJC	14,4	3,0	2,0
Pilotage des SI	AMOA, MOE, infrastructures et exploitation	DG/AMOA DG/SI	11,0	1,0	1,0
Fonctions transversales en appui du DPC	Appui aux utilisateurs, statistiques, DPO, éthique	DG/SRU, DAF.SSA, DG/SAJC	13,3		3,0
Fonctions support	RH, budget, comptabilité, achats, marchés	DAF, AC, SAJC	8,5		
Pilotage de l'agence	Pilotage transversal, conduite de projets, contrôle interne, communication		5,4		
Total			70,6	5,2	9,0

Source : Mission. * ETP permanents (hors renforts temporaires)

2 Malgré une augmentation des effectifs pendant la durée du COP, l'agence connaît des problèmes d'adéquation de ses ressources aggravés par les contraintes inhérentes au statut de GIP

2.1 Le plafond d'emplois a légèrement augmenté depuis 2017

[306] L'article 178 du décret sur la gestion budgétaire et comptable publique⁶⁹ soumet les organismes publics, dont les GIP soumis aux règles de la comptabilité publique⁷⁰, à un plafond

⁶⁹ Décret n° 2012-1246 du 7 novembre 2012 relatif à la gestion budgétaire et comptable publique.

⁷⁰ La loi n° 2016-483 du 20 avril 2016 relative à la déontologie et aux droits et obligations des fonctionnaires a modifié l'article 112 de la loi 2011-525 du 17 mai 2011 de simplification et d'amélioration de la qualité du droit pour préciser que les GIP créés après sa promulgation et assurant une activité de service public administratif sont obligatoirement soumis aux règles de la comptabilité publique, ceux créés antérieurement

limitatif d'autorisations d'emplois. Ce plafond ne figure ni dans un programme budgétaire de l'Etat, (à la différence de celui des opérateurs de l'Etat que ce dernier subventionne), ni dans la convention d'objectifs et de gestion de la CNAM, et c'est le vote du budget annuel du GIP par son Assemblée générale qui le fixe. Toutefois, en pratique, ce n'est que depuis 2017 que le plafond a été fixé, après une rapide croissance des effectifs physiques pendant la période de l'OGDPC, avec un passage de 27 en 2012 à 58 en 2016. Le premier plafond fixé en 2017 (71 ETP) donnait d'ailleurs une capacité de recrutement à l'agence, qui ne comptait encore que 63,1 ETPT cette même année (63 salariés au 31/12/2017).

[307] L'augmentation des effectifs s'est poursuivie sur la période du COP, à un rythme toutefois plus lent qu'entre 2012 et 2017, les effectifs réels étant toujours inférieurs au plafond. Le caractère incomplet du tableau 8 ci-après souligne l'hétérogénéité des présentations de l'agence, qui contiennent une description détaillée de l'état des postes vacants et recrutements aux dates auxquelles elles sont soumises à l'Assemblée générale, ainsi que des projections sur les effectifs en fin d'exercice, mais ne donnent pas les bilans définitifs de chaque exercice qui figurent en revanche dans les bilans sociaux⁷¹.

Tableau 8 : Evolution des effectifs de l'ANDPC pendant la période du COP

	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Plafond d'emplois en ETP	71,0	71,0	74,0	77,0	76,8 (74 ETPT)	74,8 80,0 (avec renforts)
Effectifs physiques au 31/12	63,0		69,0	68,0	63,0 65,0 (avec renforts)	75,0 82,0 (avec renforts)
ETP au 31/12	62,0	62,0	64,35	62,8	61,0	70,6 75,8 (avec renforts)
ETPT annuels	63,1		64,0	61,3	64,1	66,2 69,5 (avec renforts)

Source : Mission, d'après documents ANDPC (notes et tableaux établis dans le cadre du vote du budget, bilans sociaux 2019 à 2021).

[308] En outre, le périmètre et la nature des décisions de l'Assemblée générale sur le plafond d'emplois ont varié au fil du temps et ne sont pas toujours exprimés clairement dans les comptes-rendus : ainsi en est-il de l'inclusion ou non dans le plafond des personnels mis à disposition.

et ayant pu opter librement entre un régime de droit public et un régime de droit privé pouvant conserver le régime pour lequel ils avaient opté. Succédant à l'OGDPC qui était placé sous un régime de droit public, l'ANDPC est restée sous ce régime, par ailleurs conforme à la nature administrative de son activité de service public.

⁷¹ A titre d'exemple, les présentations du schéma d'emplois 2021-2023, faites en novembre 2021, mars 2022 et novembre 2022, donnent des prévisions incomplètes, au 31 octobre 2021 sur les effectifs 2021 (effectifs physiques seulement) et des prévisions d'atterrissage 2022 (en effectifs physiques, ETP et ETPT) mais ne fournissent pas la situation finale de l'exercice 2021.

Depuis l'introduction des schémas d'emplois en 2019, le recrutement de renforts temporaires est présenté dans les notes de l'agence.

[309] Au total, et malgré les difficultés de leur suivi dans la durée, les effectifs de l'agence ont continué à augmenter, l'année 2022 marquant une évolution nette par rapport aux deux années précédentes.

[310] La répartition des effectifs par catégories évolue au profit des cadres, qui représentaient 60 % de l'effectif en 2021.

Tableau 9 : Ventilation des effectifs (ETP) par catégories et statut au 31/12/2021

	A+	A	B	C	Total
Contractuel	2	34	5	21	62
Fonctionnaire	0	1	0	0	1
Autre*	2	0	0	0	2
Total	4	35	5	21	65

Source : ANDPC, bilan social 2021. * nomination ministérielle et MàD

2.2 Le statut de GIP impose toutefois de recruter sous des conditions peu attractives

2.2.1 Le GIP ne fonctionne pas comme une structure de mise en commun des moyens de ses membres

[311] Aux termes de l'article 98 de la loi du 17 mai 2011 de simplification et d'amélioration de la qualité du droit, un groupement d'intérêt public (GIP) est une personne morale de droit public dotée de l'autonomie administrative et financière, constituée par voie de convention entre plusieurs personnes morales de droit public, ou entre au moins une personne morale de droit public et une ou plusieurs personnes morales de droit privé qui « exercent ensemble des activités d'intérêt général à but non lucratif, en mettant en commun les moyens nécessaires à leur exercice ».

[312] Comme l'avait déjà relevé le rapport de l'IGAS de 2014 précité à propos de l'OGDPC, le fonctionnement de l'ANDPC apparaît assez éloigné de ce schéma, en particulier en ce qui concerne la mise en communs de moyens :

- **les rôles de tutelle des administrations centrales et de la CNAM se confondent avec ceux d'administrateurs du GIP**, l'Assemblée générale que leurs représentants constituent étant appelée à voter des décisions des tutelles (approbation du COP et des budgets, fixation du plafond d'emplois jusqu'à 2020, etc.) ;
- **les membres du GIP n'ont pas détaché ni mis de personnel à la disposition du GIP** comme le prévoient la loi de 2011 et le décret du 5 avril 2013⁷², probablement en raison de

⁷² Décret n° 2013-292 du 5 avril 2013 relatif au régime de droit public applicable aux personnels des groupements d'intérêt public

l'imputation sur leur plafond d'emplois des personnels mis à disposition. 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 lui a imposé de demander un congé sans solde. De ce fait, l'agence est contrainte à procéder à des recrutements directs, avec des conditions peu attractives (*cf. infra*) ;

- **les membres du GIP n'ont pas davantage mis à la disposition de l'agence des moyens matériels** (locaux, équipements informatiques) et la seule ressource de l'agence provient de la dotation de l'assurance maladie.

[313] Le fonctionnement de l'ANDPC s'apparente ainsi davantage à celui d'un établissement public qu'à celui d'un GIP.

2.2.2 En conséquence, les règles de recrutement ne permettent d'offrir que des contrats à durée déterminée

[314] Du fait de l'absence de mise à disposition de personnel par les membres, le GIP est contraint de procéder à des recrutements directs, dans les conditions restrictives fixées par le décret du 5 avril 2013 :

- le recrutement en contrat à durée déterminée (CDD) n'est autorisé que 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 » parmi les personnels pouvant être mis à disposition par les membres ou par d'autres personnes morales de droit public⁷³ ;
- l'agence peut recruter sous contrat de droit public à durée déterminée (CDD), « pour assurer le remplacement d'un agent temporairement absent, pour faire face à une vacance temporaire d'emploi ou en cas d'accroissement temporaire ou saisonnier d'activités »⁷⁴ « dans la limite de la durée de l'absence de l'agent ou de la vacance de l'emploi ».

[315] **Le contrôleur général économique et financier autorise toutefois l'agence à 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, après la réalisation de deux CDD de trois ans, les agents recrutés peuvent se voir proposer un CDI⁷⁵. Ce recrutement en CDD, même de trois ans, peut être néanmoins rétroactif pour des candidats expérimentés déjà titulaires d'un emploi en CDI.

⁷³ Article 4 du décret du 5 avril 2013.

⁷⁴ *Idem*.

⁷⁵ 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).

Des conditions de rémunérations revues à la baisse par rapport à celles de l’OGDPC

[316] A l’époque de l’OGDPC, les agents étaient recrutés dans le cadre de la grille de rémunération des employés et cadres des organismes de sécurité sociale du régime général (convention collective UCANSS de 1957). A partir de 2018, l’ANDPC a engagé la révision des contrats de travail des agents, pour les faire passer sous un régime de contractuels de droit public, les nouveaux recrutements s’effectuant également sous ce régime. L’agence ne dispose pas toutefois de grille de référence ; elle positionne les postes à pourvoir dans les catégories A à C en fonction des règles générales applicables aux contractuels et détermine la rémunération par référence à ce positionnement et à la rémunération antérieure.

[317] Ces conditions de rémunération peuvent être peu attractives pour certains postes spécialisés comme les informaticiens.

Tableau 10 : Rémunérations moyennes brutes mensuelles par catégories en 2021

A+	A	B	C	Total
7 065 €	4 081 €	2 565 €	2 078 €	3 578 €

Source : ANDPC, bilan social 2021. Montant hors prime annuelle (1379 € par agent en moyenne)

2.2.3 Cette situation se répercute sur l’adéquation des ressources aux missions et justifierait une adaptation du statut de GIP voire un changement de statut.

[318] Deux caractéristiques traduisent les conséquences du recours au recrutement en CDD sur la gestion des ressources humaines.

Un turnover élevé

[319] L’agence connaît chaque année un renouvellement de 15 à 20 % ses effectifs, avec un point culminant de 21 % en 2022, sans tenir compte des renforts temporaires (7 agents en 2022).

Tableau 11 : Renouvellement des postes pérennes de l’ANDPC entre 2017 et 2022

	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Effectifs physiques en début d’année (postes pérennes)*	55	62	62	66	68	65**
Arrivées	11	9	15	11	10	18
Départs	4	9	11	9	11	9
taux de renouvellement (hors emplois temporaires)***	14 %	15 %	21 %	15 %	15 %	21 %

Source : Mission d’après documents de suivi des emplois et bilans sociaux de l’ANDMC. – *ETP pour 2017-2020. ** incohérence entre les bilans sociaux 2020 et 2021. ***Le taux de renouvellement correspond à la demi-somme du nombre de salariés partis et arrivés au cours de l’année divisée par le nombre de salariés en début d’année.

Des délais de recrutement longs

[320] Les délais de recrutements de l'agence varient fortement selon le profil des postes. Ils peuvent être courts pour des postes d'agents administratifs (6 jours par exemple entre le départ d'un agent administratif du service ressources humaines) et même pour certains postes à responsabilité (17 jours entre le départ de la responsable de la communication et l'arrivée de sa remplaçante ; 42 jours pour le remplacement de la responsable du SGO). Ils peuvent atteindre en revanche plusieurs mois voire une année 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 longtemps comme le poste d'informaticien (arrivé en avril 2022) ou de responsable du contrôle interne créé dans le cadre du budget 2022 (arrivé en novembre 2022).

[321] Certains postes semblent particulièrement difficiles à pourvoir comme ceux de responsable et de chargés de mission au service statistique 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.

[322] Ces délais peuvent expliquer les retards constatés dans la réalisation de certaines actions du COP (cf. annexe 1).

[323] 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 la tolérance accordée par le contrôleur économique et financier sur les recrutements en CDD de longue durée et, au-delà, élargir les possibilités de recrutement en CDI, apparaît nécessaire, et ne consisterait qu'à répliquer une pratique déjà en vigueur pour d'autres GIP sous tutelle du ministère de la santé⁷⁶. Au-delà de ces adaptations, un passage au statut d'établissement public pourrait être envisagé pour mettre fin à la fiction de la mise en commun de moyens par les membres du GIP.

⁷⁶ 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.

ANNEXE 3 : La gouvernance du DPC et de l'ANDPC

SOMMAIRE

1	LES ACTEURS ADMINISTRATIFS, LORSQU'ILS SONT REPRESENTES, RESTENT EN RETRAIT DES DEBATS, LAISSANT L'AGENCE « TROP SOUVENT SEULE ».....	103
1.1	L'ASSEMBLEE GENERALE DU GIP, QUI TIENT LIEU DE CA, EST FRAGILISEE PAR DES NON-PARTICIPATIONS RECURRENTES ET DES PRESENCES PARFOIS FANTOMATIQUES.....	103
1.2	LE CONSEIL DE GESTION EST MARQUE PAR UNE PLUS FORTE ASSIDUITE DES PROFESSIONNELS QUE DE L'ADMINISTRATION, DE CE FAIT SOUS-REPRESENTEE.....	106
1.3	LES DIRECTIONS MINISTERIELLES ONT DU MAL ASSUMER PLEINEMENT LEUR DOUBLE ROLE D'ADMINISTRATEUR ET DE TUTELLE STRATEGIQUE	108
1.4	LA CNAM NE JOUE PAS DAVANTAGE SON ROLE DE MEMBRE DU GIP.....	111
2	LA RECURRENCE DE SUJETS DEMEURANT NON ABOUTIS OU NON TRANCHES TEND A ECLIPSER LES ENJEUX PLUS STRATEGIQUES AUTOUR DU DPC LUI-MEME	112
2.1	EXEMPLE LE PLUS EMBLEMATIQUE DES SUJETS SOUVENT EVOQUES MAIS JAMAIS TRAITES : LES DIFFICULTES D'ATTRACTIVITE DE L'AGENCE ET SON STATUT DE GIP RELEVANT DU DECRET DE 2013.....	112
2.2	LES DIFFICULTES D'ADEQUATION MISSIONS/MOYENS AUXQUELLES FAIT FACE L'AGENCE ACCAPARENT LES ORDRES DU JOUR.....	115
2.3	DES ENJEUX STRATEGIQUES TELS QUE LE PERIMETRE DU DPC, SON MODELE ECONOMIQUE ET SON APPROPRIATION PAR LES PROFESSIONNELS NE SONT EN REVANCHE GUERE ABORDES EN FORMAT INTER-ADMINISTRATIF.....	117
2.3.1	<i>Il ne semble pas qu'il y ait eu de débat inter-administratif concernant l'identification du champ du DPC validable et des actions publiées par l'agence</i>	<i>117</i>
2.3.2	<i>Les enseignements des difficultés rencontrées dans le cadre de l'étude de coûts n'ont pas été collectivement tirés</i>	<i>117</i>
2.3.3	<i>Les possibilités d'amélioration de l'appropriation du DPC par les professionnels ont été insuffisamment explorées</i>	<i>118</i>
2.4	LES ECHANGES INTER-ADMINISTRATIFS RESTENT GLOBALEMENT INSUFFISAMMENT PROSPECTIFS.....	120
3	LE HCDPC, INSTANCE DE REPRESENTATION DES PARTIES PRENANTES JUSQU'A FIN 2019, AVAIT LE MERITE DE PERMETTRE DAVANTAGE D'ECHANGES QUELLES QUE SOIENT SES IMPERFECTIONS.....	121
3.1	GRACE A LA DIVERSITE DES PARTIES PRENANTES ET A L'AMPLEUR DE SES MISSIONS, LE HCDPC A ETE LE PRINCIPAL, VOIRE LE SEUL LIEU D'ECHANGE SUR DE NOMBREUX SUJETS PERTINENTS.....	121
3.2	LE HAUT CONSEIL A ETE EN DESHERENCE PRES DE 4 ANS, SANS RELAIS ALTERNATIF POUR STRUCTURER L'ECHANGE AVEC L'ENSEMBLE DES ACTEURS DE LA MISE EN ŒUVRE DU DPC	125
3.3	ALORS QUE LE DIALOGUE AVEC LES REPRESENTANTS DES SALARIES, LES EMPLOYEURS ET LES ODPC DEVRAIT S'ACCROITRE, IL VA ETRE REDUIT PAR LE DECRET DE MARS 2023 REFORMANT LE HCDPC ..	126

4	LA GOUVERNANCE D'ENSEMBLE DE L'ÉVALUATION ET DE LA QUALITÉ S'AVÈRE COMPLEXE.....	130
4.1	LA COMPLEXITÉ DE L'ARTICULATION DES RÔLES DE L'AGENCE ET DE LA HAS FRAGILISE LE CADRE DE RÉFÉRENCE DU DPC, DONT CERTAINS ACTEURS SONT TENTÉS DE S'AFFRANCHIR.....	130
4.2	SI L'ACCEPTATION FINALE D'UNE ACTION REVIENT LÉGITIMEMENT À L'AGENCE, IL SERAIT POSSIBLE DE MIEUX TRACER LES AVIS INITIAUX DES COMMISSIONS SCIENTIFIQUES EN CAS DE DESACCORDS	132
4.3	LES SCHEMAS DE COMPOSITION DES CSI, AINSI QUE LEUR BASE RÉGLEMENTAIRE, INTERROGENT	133
5	L'AGENCE A SU INSTAURER UNE COGESTION EFFICACE AVEC LES SECTIONS PROFESSIONNELLES, DONT LES MODALITÉS DE DESIGNATION DES MEMBRES APPELLENT TOUTEFOIS UNE RÉFLEXION	135
5.1	LA FLUIDITÉ DES ÉCHANGES EN CONSEIL DE GESTION ILLUSTRE QUE L'AGENCE EST PARVENUE À IMPULSER UNE DYNAMIQUE DE TRAVAIL CONSTRUCTIVE AVEC LES SECTIONS PROFESSIONNELLES.....	135
5.2	LA DESIGNATION DES MEMBRES DES SECTIONS PROFESSIONNELLES CONSTITUE UNE SURVIVANCE DE LA GESTION CONVENTIONNELLE, ET APPELLE À DES RÉFLEXIONS SUR LE CADRE APPLICABLE.....	136
6	LE CONTRÔLE DES DÉCLARATIONS D'INTÉRÊT DES MEMBRES DES DIVERSES INSTANCES ET ÉQUIPES DE L'AGENCE PRÉSENTE DES FAILLES.....	137

1 Les acteurs administratifs, lorsqu'ils sont représentés, restent en retrait des débats, laissant l'agence « trop souvent seule »⁷⁷

1.1 L'assemblée générale du GIP, qui tient lieu de CA, est fragilisée par des non-participations récurrentes et des présences parfois fantomatiques

[324] L'agence nationale du développement professionnel continu (ANDPC) présente la particularité d'être un groupement d'intérêt public (GIP), dont l'assemblée générale (AG) assure les missions de conseil d'administration, comme précisé à l'article 7.2 de la convention constitutive⁷⁸ du groupement. L'AG délibère en effet sur des thèmes aussi divers que le budget de l'agence, son contrat d'objectifs et de performance, les conditions d'emploi et de rémunération du personnel, les immeubles, baux et locations de l'agence, les marchés et autres contrats. L'AG du GIP constitue donc l'instance majeure de la gouvernance de l'agence.

[325] L'AG se compose de 12 membres titulaires, dont une moitié représente l'Etat (et donc les multiples tutelles de l'agence) et l'autre moitié l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM), et qui nomment parmi eux un président. Depuis l'avenant n°1 à la convention constitutive en date du 27 février 2019⁷⁹ :

- la représentation de l'Etat se compose de 2 représentants de la Direction générale de l'offre de soins (DGOS), 2 représentants de la Direction de la sécurité sociale (DSS), 1 représentant de la Direction générale de la santé (DGS) et 1 représentant de la Direction générale de la cohésion sociale (DGCS) à laquelle a été attribuée l'un des deux sièges de la DGS ;
- la représentation de l'UNCAM est quant à elle devenue fongible. En effet, l'article 7.1 de la convention a cessé d'effectuer une distinction entre les caisses dans le sillage de la suppression du régime social des indépendants (RSI) qui se voyait attribuer l'un des 6 sièges, de même que la mutualité sociale agricole (MSA), la caisse nationale d'assurance maladie (CNAM) disposant des 4 autres sièges. Le président est, en pratique, un représentant de la CNAM depuis le début de la période analysée.

[326] Le statut de l'ANDPC, GIP constitué entre l'Etat et l'UNCAM, explique que les textes n'aient pas institué de dispositif de « tutelle », donnant à l'administration des pouvoirs de supervision et d'opposition sur les décisions de l'agence puisque l'ensemble des décisions de gestion importantes relatives à la gestion de l'établissement et du DPC sont prises par l'AG, donc par les administrations et l'UNCAM. Pour la même raison, il n'a pas été institué de commissaire du Gouvernement, possibilité ouverte par les dispositions réglementaires relatives aux GIP⁸⁰. Le fonctionnement institutionnel du GIP montre toutefois que les administrations centrales se

⁷⁷ Termes de la DG à l'AG du 10 juillet 2019

⁷⁸ Arrêté du 28 juillet 2016 portant approbation de la modification de la convention constitutive du groupement d'intérêt public « agence nationale du développement professionnel continu ».

⁷⁹ Arrêté du 27 février 2019 portant approbation d'un avenant n°1 à la convention constitutive d'un groupement d'intérêt public « agence nationale du développement professionnel continu ».

⁸⁰ Article 5 du Décret n° 2012-91 du 26 janvier 2012 relatif aux groupements d'intérêt public

positionnent davantage comme « tutelles » du GIP que comme administrateurs, la signature du COP par les administrateurs du GIP en étant une illustration significative⁸¹ puisqu'il s'agit en quelque sorte d'un « contrat avec soi-même ». En matière de fonctionnement, la mission note que la DGOS a pu regretter « l'absence de pré-AG qui « permettraient de converger sur un ordre du jour validé par tous »⁸², en évoquant l'importance de « réunions préparatoires ». Mais elle note aussi que la directrice de l'agence avait en retour fait observer que « les précédentes tentatives d'organisation de pré-AG ont toutes échoué faute de participants ». Ainsi, la représentante du CGEFI, tout en pointant « la singularité du fonctionnement de l'AG de l'agence » (l'opposant au séquençage habituel qui prévoit au préalable un échange avec la tutelle et une réunion de pré-AG), avait souligné « pour mémoire » que « les réunions de pré-AG sont organisées par les tutelles », le président insistant de son côté « sur le fait que cette organisation contraint toutes les parties à une discipline ».

[327] Si l'agence a indiqué à la mission qu'elle organise dorénavant des pré-AG, l'utilité de l'exercice n'est pas flagrante dans la mesure où les membres du GIP conviés (la DGOS et la DSS) sont ceux qui assistent aux AG elles-mêmes. Les Pré-AG associent certes également la direction du budget, mais il a été signalé à la mission que cette dernière n'est pas toujours présente.

[328] En pratique, l'analyse des comptes-rendus des AG montre :

- une absence systématique de la DGS (qui ne donne pas pouvoir) depuis début 2020, date coïncidant avec le début de la crise sanitaire, ainsi qu'un net retrait de la DGCS (qui assiste certes parfois aux AG mais n'y a jamais pris la parole si ce n'est à celle du 13 mars 2019, consécutive à son arrivée au sein du GIP – son représentant de l'époque a ensuite rapidement rejoint l'agence) ;
- la nette attrition du dialogue, en particulier depuis l'irruption de la crise sanitaire, concerne aussi la CNAM qui n'a par exemple pas pris la parole depuis la dernière AG de 2019 (hors interventions du président du GIP, qui ne s'exprime pas au nom de la Caisse).
- Le tableau suivant vise en effet à donner un aperçu, non seulement des présences, mais aussi de la réalité du dialogue censé présider aux choix stratégiques de l'agence. Pour ce faire, la mission a décompté le nombre de prises de parole des membres du GIP présent. Ainsi, les cellules en noir correspondent aux membres absents et non représentés, les cellules en gris sombre aux absents ayant donné pouvoir, celles en gris clair aux présents n'étant pas intervenus (d'où le chiffre « 0 ») ; dans les autres cellules, les nombres correspondent aux nombres d'interventions des présents étant intervenus.

[329] La prise de parole n'est bien sûr pas une fin en soi, et la quantité ne fait pas la qualité. Ce décompte a toutefois le mérite d'objectiver un effacement des interactions à compter de l'AG du 27 novembre 2020, date à partir de laquelle le recours aux visioconférences est devenu systématique (initialement du fait des divers rebondissements de la crise sanitaire, mais qui a perduré au-delà).

⁸¹ La situation de l'ANDPC se distingue sur ce plan de celles d'autres GIP du champ santé-social dans lesquels la gouvernance inclut d'autres acteurs que l'administration (ANS et ANAP par exemple).

⁸² AG du 12 juin 2019

Tableau 1 : Evolution de la participation des membres du GIP aux assemblées générales, et de leur nombre d'interventions

	DGOS	DSS	DGS	DGCS	CNAM	MSA
AG 09/03/2018	présente	présente		non	présente	
AG 25/04/2018	présente	présente		membre du	présente	présente
AG 13/09/2018	présente	présente		GIP	présente	
AG 28/11/2018	8	3	13			
AG 13/03/2019		5	6	7	3	
AG 12/06/2019	24	8	1		2	
AG 10/07/2019	1	7	9			
AG 11/09/2019	13	5			5	
AG 27/11/2019	2	7	10		1	
AG 13/03/2020	23	7				
AG 27/11/2020	7	0		0		
AG 16/03/2021	2	2		0	0	
AG 24/11/2021	4	0		0	0	
AG 16/03/2022	0	0				
AG 24/11/2022	14	8			0	

Note de lecture : pour les trois premières AG de la période, la mission ne dispose que de relevés de décisions plus synthétiques qui ne se prêtent pas à un décompte des interventions. Les prises de parole du président ne sont pas décomptées dans la colonne « CNAM » puisqu'il ne s'exprime pas au nom de ce seul membre. La MSA continue à être retracée spécifiquement puisque son représentant reste identifié comme tel dans les comptes-rendus. Comme déjà signalé supra, la période analysée a été marquée par la pandémie de Covid, à laquelle renvoie au moins partiellement le décrochage observable à partir de l'AG du 27 novembre 2020.

Source : compte-rendus fournis par l'agence, décomptes mission

[330] Un paroxysme a été atteint à l'AG du 16 mars 2022 durant laquelle aucun des membres du GIP n'a pris la parole, l'AG tenant dès lors du dialogue singulier entre la direction de l'agence, l'agent comptable et le CGEFI (qui a été présent à 15 des 16 AG de la période⁸³). Ainsi, ces constats de la mission semblent confirmer les propos de la directrice de l'agence ayant évoqué la multiplication des cas de présences « fantomatiques » de membres absents à l'écran et ne s'exprimant pas.

[331] L'AG du 24 novembre 2022 a certes été marquée par une certaine réactivation des échanges, dont il convient toutefois de signaler qu'elle était en partie liée à la concomitance de la présente mission. Les deux tutelles étant intervenues sont par ailleurs les deux tutelles avec lesquelles la mission a pu le plus significativement échanger.⁸⁴

⁸³ S'étant expressément fait excuser pour l'AG du 13 septembre 2018.

⁸⁴ Il s'agit de la première AG à avoir évoqué des sujets aussi stratégiques que l'articulation entre DPC et certification (alors que cette dernière était censée entrer en vigueur le mois suivant), les conventions financières et d'échanges de données avec l'ANFH et l'OPCO santé, ou encore le bilan des contrôles en matière de lutte contre la fraude.

1.2 Le conseil de gestion est marqué par une plus forte assiduité des professionnels que de l'administration, de ce fait sous-représentée

[332] L'agence comporte une autre instance importante de dialogue, le conseil de gestion, qui joue avant tout un rôle de régulation des enveloppes budgétaires dédiées au DPC des professionnels. Sa mission est en effet :

- de déterminer les modalités de gestion des enveloppes, dont la répartition des crédits entre les différentes sections professionnelles représentatives des 10 professions dont le DPC est finançable par l'agence (cf. partie 1.1 de l'annexe 4),
- d'assurer le suivi correspondant, avec notamment la gestion du risque d'engagement prématuré de la totalité de l'enveloppe (cf. annexe 1, partie 2.1).

[333] La technicité de ces sujets explique que les équipes statistiques de l'agence participent la plupart du temps au conseil de gestion.

[334] Du fait de sa mission de gestion des enveloppes des professions, ce conseil compte 24 membres : les 12 membres de l'AG du GIP, regroupés au sein de la « section sociale », auxquels s'ajoutent 12 membres de la « section professionnelle », qui représente 10 professions dont les médecins qui y disposent de 3 représentants avec, outre le président de leur section professionnelle, un médecin spécialiste en médecine générale et un médecin appartenant à une autre spécialité. Le président du conseil est celui de l'AG ; en cas de partage des voix, la sienne est prépondérante.

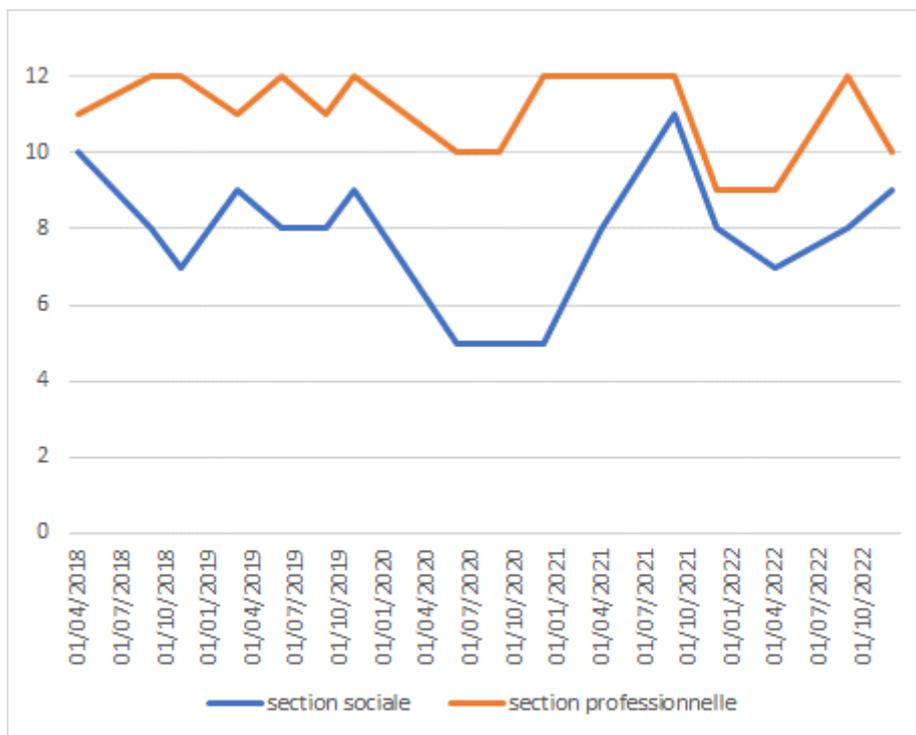
[335] Le niveau des frais pédagogiques et des indemnisations est en revanche fixé par chaque section professionnelle (dont généralement seul le président siège au sein de la section professionnelle du conseil de gestion).

[336] Ainsi, le conseil est l'instance de dialogue entre les représentants de l'administration et les professionnels sur le financement du DPC. En pratique, les membres du GIP n'y interviennent que fort peu, avec, en cumul sur les 16 conseils tenus entre avril 2018 et décembre 2022 et en se fondant sur les comptes-rendus, à peine 18 interventions à eux tous. Cette situation s'explique dès lors qu'aucune difficulté particulière n'émerge dans le dialogue entre l'agence et les professionnels (puisque les échanges entre membres du GIP ont, eux, vocation à se tenir en AG).

[337] Mais le conseil de gestion est aussi, en cas de forts désaccords entre l'administration et les professionnels, l'instance décisionnaire par son vote. Or, la mission constate que sur l'ensemble des 16 conseils tenus entre avril 2018 et décembre 2022, les présents et représentés de la section sociale se sont systématiquement retrouvés en sous-effectif face à ceux de la section professionnelle, le déséquilibre atteignant parfois une ampleur extrêmement forte (par exemple 5 membres contre 12 au comité du 2 décembre 2020).

[338] Le graphique suivant retrace les différentiels de représentation constatés depuis 2018 :

Graphique 1 : Evolution du nombre de présents ou représentés aux conseils de gestion



Note de lecture : les dates de l'axe des abscisses ne sont pas les dates des conseils de gestion, elles marquent des intervalles réguliers de 3 mois de façon à situer l'évolution dans le temps.

Source : comptes-rendus fournis par l'agence, décomptes mission

[339] Cette situation revient à laisser largement le champ libre à la seule section professionnelle, ou en tout cas à s'en remettre à la capacité de la seule direction de l'agence à travailler en bonne intelligence, avec les sections professionnelles et à dégager des consensus. Si cela a certes globalement été le cas (cf. partie 5.1 *infra*), il n'était pas possible de préjuger de ce résultat, d'autant que des tensions avaient été observées sur la période antérieure au COP et que de multiples facteurs étaient et restent susceptibles d'occasionner leur retour, eu égard à la variabilité des comportements de recours au DPC, tant d'une année sur l'autre qu'en termes de cadences infra-annuelles, sous l'effet de multiples facteurs. Outre les rebondissements de la crise sanitaire qui ont caractérisé la période, il peut s'agir des modifications des montants pris en charge, de la position au sein du cycle triennal, de la promotion ministérielle de certaines formations spécifiques (par exemple l'usage des tests TROD dans le cas des pharmaciens). Par ailleurs, toute mise en place de nouveaux dispositifs assortis d'enveloppes, tels que les appels d'offre⁸⁵ ou les MSU, constitue un irritant potentiel.

⁸⁵ Ainsi, lors de l'AG du 13 mars 2019 qui est la première à aborder le sujet, la directrice générale indique qu'« il sera important de réaliser un équilibre entre le budget consacré aux saisines ministre et le dispositif en guichet. Différents acteurs professionnels n'accepteront jamais une captation de l'enveloppe du DPC pour répondre aux saisines du ministère sans que jamais soit posée la question de leur financement complémentaire ».

[340] La mission note aussi que le détail des votes de chacune des sections n'est pas toujours fourni⁸⁶, ce qui est potentiellement déresponsabilisant pour les membres du GIP. La mission constate du reste que, lorsqu'il est fourni, le total des votes de la section sociale (abstentions comprises) peut s'avérer inférieur au nombre de membres réputés présents et représentés⁸⁷, ce qui suggère que dans le cas de la section sociale, certaines participations aux réunions n'ont été que partielles.

1.3 Les directions ministérielles ont du mal assumer pleinement leur double rôle d'administrateur et de tutelle stratégique

[341] Même si les administrations membres du GIP n'exercent pas de tutelle, au sens juridique, sur un GIP qu'elles administrent, elles exercent la responsabilité de pilotage dans la conception et la gestion du DPC et se définissent à ce titre également comme des « tutelles ». Parmi les membres du GIP, ce sont les mêmes représentants de l'Etat qui exercent à la fois la fonction de gestion et la fonction de tutelle, la dissociation des deux fonctions s'avérant parfois difficile. Ainsi, lors de l'AG du 12 juin 2019, la directrice générale, confrontée à la surprise de la DGOS quant à la diffusion d'une note de propositions aux membres de l'AG, a explicité qu'« il s'agit d'informer les membres de l'assemblée générale et non les tutelles ».

[342] S'il existe un « dialogue de gestion » visant à suivre l'avancement des actions du COP, distinct des AG du GIP, il semble s'apparenter davantage, au vu des comptes-rendus de réunions, à un point de situation (dont on ne sait parfois discerner s'il est établi par l'agence ou par les tutelles).

[343] Ainsi, la directrice générale de l'agence ne s'est-elle vu notifier ses objectifs par la directrice générale de l'offre de soins et la directrice de la sécurité sociale que « pour 2018 ». La mission n'a en effet pu obtenir aucun document plus récent, bien qu'elle s'en soit enquis auprès de l'agence comme de la DGOS. Ceci accrédite la thèse selon laquelle la directrice générale se fixe elle-même ses objectifs, selon ses propres déclarations à l'AG du 24 novembre 2021 (à la faveur du point de l'ordre du jour consacré à la cartographie des risques) : « *sont identifiés de façon certaine des risques liés à un pilotage stratégique qui pourrait être amélioré et resserré. Par exemple, en tant que directrice d'opérateur de l'Etat, elle devrait recevoir un courrier lui fixant ses objectifs et axes stratégiques, ce qui n'est arrivé qu'une fois et elle avait elle-même rédigé la lettre* » (ce à quoi la DGOS a répondu que « *tous les opérateurs ont une lettre de mission pluriannuelle* » - en tout état de cause la lettre de 2018 n'était pas pluriannuelle mais relative à cette seule année⁸⁸).

[344] Alors que la lettre d'objectifs de la directrice générale n'était censée s'appliquer qu'à l'année 2018, on peut aussi constater que le COP n'a guère couvert la période postérieure à 2020. En effet, outre le caractère lacunaire de l'avenant pour 2021 (cf. annexe 1 relative au bilan du COP), aucun avenant n'est jamais intervenu au titre de l'année 2022. Ces deux derniers constats

⁸⁶ Le détail des votes n'est par exemple pas indiqué dans le cas du conseil du 12 juin 2019.

⁸⁷ Dans le cas du conseil du 12 juin 2019, le compte-rendu indique un nombre de votes égal à 6 alors que 8 membres de la section sont réputés présents ou représentés.

⁸⁸ Au vu non seulement de son titre « notification des objectifs de la directrice générale de l'ANDPC pour l'année 2018 » mais aussi de son début de paragraphe « pour 2018, nous vous demandons prioritairement... ».

s’inscrivent certes dans le contexte d’une période marquée par la crise sanitaire. La mission rappelle toutefois pour mémoire :

- que sur le premier point (année 2021) il avait été indiqué à l’AG du 27 novembre 2019 que l’avenant au COP « en cours de préparation par la DGOS (...) tiendra[i]t compte des modifications convenues lors de la réunion *bilan 2018* » ; l’agence a néanmoins dû révoquer un an plus tard⁸⁹ le souhait d’une « réunion de dialogue de gestion (...) rapidement organisée, notamment pour discuter de l’avenant » ;
- que s’agissant du second point (année 2022), les tutelles avaient renvoyé, en clôture du dialogue de gestion du 8 juillet 2021, à « des éléments d’arbitrage (...) attendus en fin d’année 2021 » et évoquaient un « avenant 2021-2022 ». Puis lors de l’AG du 24 novembre 2021, l’agence a alerté « l’année 2022 va commencer sans qu’une décision soit prise sur un nouveau contrat. Peut-être serait-il plus simple de le proroger encore d’une année dans la mesure où il reste un mois avant la fin 2021 » ; elle a souligné que « plus on avance dans le temps, plus les actions identifiées dans le COP en 2018 ne sont plus cohérentes avec le programme de travail de l’agence au regard des évolutions intervenues depuis sa rédaction ». La directrice générale a réémis un vœu de prorogation pour un an lors de l’AG du 16 mars 2022, de manière à ce que le COP soit établi sur la même période (2023-2028) que la COG de la CNAM.

[345] La mission a par ailleurs constaté que si le COP fixait à l’agence l’objectif stratégique de « *contribuer à l’élaboration des nouvelles orientations prioritaires pluriannuelles pour la période 2019-2022 en lien avec les conseils nationaux professionnels (CNP), les directions compétentes du Ministère des solidarités et de la santé, les différents ministères concernés par le déploiement de la stratégie nationale de santé et la Caisse nationale d’assurance maladie ainsi que l’ensemble des acteurs concernés* », le même rôle lui a été confié pour l’élaboration des OP 2023-2025 sans faire l’objet d’un document formalisé. En outre, même pour les OP précédentes, la mission donnée par le COP à l’agence de « *coordonner les travaux des CNP concernant la définition des orientations propres à chaque profession ou spécialité* » manque de précision alors que cette élaboration est confiée par la loi aux CNP.

[346] **Mais au-delà des écrits posant le cadre d’action de l’agence, c’est aussi la capacité de réaction (et de soutien) des tutelles qui peut interroger, qu’il s’agisse d’enjeux politiques ou plus techniques.**

[347] Ainsi, dans le cas des appels d’offres, l’agence a regretté, notamment à l’AG du 24 novembre 2021, que les tutelles n’aient jamais réagi⁹⁰ au courrier des syndicats des médecins libéraux (qui avaient dénoncé ce type de prise en charge), pour réaffirmer une volonté stratégique et politique de lancer des appels d’offres. Pour rappel, le débat sur la pertinence du dispositif avait notamment été à l’origine de la démission du président du Haut conseil du DPC (HCDPC ; cf. *infra*).

[348] La même situation d’absence de soutien à l’agence s’est produite à la faveur de la demande ministérielle de financement des maîtrises de stage universitaires des médecins généralistes (MSU)

⁸⁹ AG du 27 novembre 2020.

⁹⁰ Lorsque l’agence sollicite des conseils sur le 1er marché public de DPC à l’AG du 13 mars 2020, c’est le CGEFI qui s’engage à consulter sa référente sur les marchés publics.

sur les crédits de DPC, mesure qui a compromis la fluidité des échanges en conseil de gestion. En effet, les sections professionnelles de l'agence ont attiré l'attention de la mission sur les « logiques de blocs » que favorise cette mesure. Elles estiment que les budgets sanctuarisés via du « hors quota » contreviennent à la logique du conseil de gestion, qui consiste précisément à se concentrer sur l'intérêt collectif des professionnels de santé (cf. section 5 *infra*). Or les sections autres que celle des médecins ont rappelé qu'elles ne bénéficient pas de financements des tutorats dans le cadre du DPC, quand bien même le principe de l'accueil de stagiaires figure dans leurs conventions ; une représentante de section a d'ailleurs signalé avoir dû passer par l'ARS pour avoir des tuteurs de stage dans sa région. En outre, au sein même de la section professionnelle des médecins, le fait que la formation MSU soit gérée en 2023 en dérogation au plafond d'heures individuel et risque ainsi d'accélérer la consommation de l'enveloppe pourrait susciter le mécontentement des spécialités ayant le moins recours à cette formation qui profite principalement aux généralistes. La prise en charge des MSU est donc porteuse de risques de rupture de l'équité interprofessionnelle, et complexifie à ce titre les échanges autour de la gestion de l'enveloppe de DPC des médecins.

[349] S'agissant de la gestion de l'agence elle-même, la mission note que lors des échanges relatifs à la politique de recours aux ruptures conventionnelles⁹¹, la DSS et la DGOS ont commencé par ne souhaiter approuver les orientations de l'agence que sous réserve de leur conformité avec celles portées par la DRH du ministère, ce à quoi la directrice générale s'était opposée en rappelant qu'elle était « *la seule autorité investie du pouvoir de nomination au sein du GIP composé à la fois par l'Etat et l'assurance maladie. D'ailleurs, l'assurance maladie met œuvre le dispositif de rupture conventionnelle de droit privé* ». Le CGEFI ayant donné raison à l'agence tout en expliquant que les ruptures resteront soumises à son visa, la tutelle avait alors conclu « *que l'AG n'a pas besoin de délibérer sur le droit applicable* », ce qui a conduit l'agence à souligner le caractère « politique » et non « réglementaire » de cette délibération.

[350] Concernant les sujets plus techniques, la mission note la fréquente absence de rectification de la part des tutelles lorsque les représentants de l'agence tiennent des propos erronés, comme l'illustrent les exemples suivants :

- au conseil de gestion du 16 septembre 2021 la directrice générale DG a pu évoquer des « textes » qui précisent « toujours » que l'indemnisation est destinée à compenser la perte de revenu, sans être contredite par la représentante de la DGOS, alors qu'à l'AG du 13 mars 2020 cette dernière soulignait déjà elle-même que l'indemnisation ne correspondait qu'à un « usage », toute référence aux pertes de revenus des professionnels ayant en effet disparu depuis la publication du décret du 8 juillet 2016⁹² ;
- de façon analogue, dans le cadre du dialogue de gestion du 08 juillet 2021 l'ANDPC a indiqué que parmi les ODPC, 50 % publient des actions, 50 % de ces dernières donnent lieu à l'ouverture de sessions, dont 50 % font état d'inscrits, en omettant de préciser qu'elle n'a aucune visibilité sur les inscriptions de salariés, qui constituent la grande majorité des professionnels soumis à l'obligation de DPC. Le fait que cet élément n'ait pas été relevé est

⁹¹ Source : CR de l'AG du 13 mars 2020.

⁹² 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* ».

symptomatique du centrage excessif du dialogue sur les seuls professionnels libéraux (cf. ci-après et partie 1.3 de l'annexe 4).

[351] La mission note même une certaine tendance des tutelles à pratiquer l'évitement face à des enjeux de respect des textes, par exemple à propos de l'éligibilité au financement de l'agence de l'ensemble des professionnels de santé des centres de santé, question soulevée à l'initiative de l'agence à l'AG du 24 novembre 2022, à laquelle la réaction se limite à demander s'il y a eu des réclamations de leur part.

[352] Mais l'attitude peu proactive⁹³, voire défensive, des tutelles a parfois aussi abouti à des lacunes dans le traitement des sujets les plus stratégiques pour l'agence, comme l'expose ci-après la partie 2 de la présente annexe.

1.4 La CNAM ne joue pas davantage son rôle de membre du GIP

[353] La mission relève notamment que la CNAM a refusé de mettre des salariés à disposition du GIP, l'une des salariées de la Caisse n'ayant ainsi pu rejoindre l'agence qu'en posant un congé sans solde, selon un schéma évoqué explicitement lors de l'AG du 24 novembre 2021. La directrice générale a plus généralement signalé à cette occasion que « *quand l'agence tente de recruter des personnels de l'Etat ou de l'assurance maladie, cela ne se concrétise pas (...) dans les conditions prévues par le décret GIP* ». Le CGEFI a d'ailleurs indiqué à la mission que la CNAM ne joue pas son rôle sur les questions de recrutement (cf. section 2.1 *infra*).

[354] Enfin, sur un sujet aussi crucial pour l'agence qu'un projet de déménagement en province (resté à ce jour sans lendemain mais dont l'évocation a émaillé plusieurs AG), la CNAM s'était contentée de faire savoir, lors de la première AG abordant la question⁹⁴, que « le sujet a été abordé avec le directeur général de la CNAM. Sa première réaction a été que l'agence est supposée accueillir des professionnels de santé qui viennent de partout » (il s'agit encore aujourd'hui de la dernière intervention de la CNAM retranscrite aux comptes-rendus des AG de l'ANDPC). Pourtant, comme l'a souligné par la suite⁹⁵ le président du GIP, « le sujet comporte également une dimension politique : envoyer en province une agence qui est attaquée de toutes parts ou la rapprocher symboliquement des autres agences de santé n'est pas neutre. La géographie peut avoir son importance ».

[355] La CNAM n'a par ailleurs défini aucune orientation prioritaire de DPC au titre du volet conventionnel du nouveau triennal 2023-2025. Interrogée par la mission sur les thèmes qui auraient sa préférence, elle a notamment évoqué, à côté de sujets ayant trait à l'amélioration des compétences des médecins comme le dépistage de l'insuffisance cardiaque, des enjeux médico-économiques tels que le bon usage des techniques de facturation par les médecins, se situant alors sur un terrain particulièrement peu compatible avec des formations au sens des méthodes HAS, mais aussi peu à même de remédier aux importants enjeux d'acceptabilité du DPC de la part des professionnels de santé.

⁹³ Même en matière budgétaire, qui est celle la plus souvent évoquée en AG, la DGOS interroge ainsi l'agence à l'AG du 10 juillet 2019 sur « ce que pourrait être une nouvelle stratégie en matière budgétaire ».

⁹⁴ AG du 27 novembre 2019.

⁹⁵ AG du 27 novembre 2020.

2 La récurrence de sujets demeurant non aboutis ou non tranchés tend à éclipser les enjeux plus stratégiques autour du DPC lui-même

2.1 Exemple le plus emblématique des sujets souvent évoqués mais jamais traités : les difficultés d’attractivité de l’agence et son statut de GIP relevant du décret de 2013

[356] Dès l’AG du 09 mars 2018, lors des échanges autour du plafond d’emplois, la directrice générale de l’agence « *alerte sur les difficultés de recruter pour un GIP* » (cf. partie 2 de l’annexe 2 pour l’exposé de ces difficultés), signalant notamment que « *les contrats de détachement sont extrêmement difficiles à mettre en place* » et que la dernière option de recrutement « *impose une période d’un an en CDD. Une telle option peut permettre le recrutement de collaborateurs de catégorie C mais elle ne permet pas de senioriser le recrutement. Les candidats ne démissionneront pas d’un CDI pour un CDD d’une année* ».

[357] Ce point ne déclenche alors aucune réaction particulière des tutelles, si ce n’est la demande de cartographies des emplois à trois ans, horizon finalement ramené à deux ans (le président estimant toutefois que « *les évolutions potentielles des textes ne permettent pas une cartographie réaliste* »). Lors de l’AG suivante du 28 novembre 2018, la DGS signalera par ailleurs que les niveaux de primes qu’elle pratique sont « *largement inférieurs à ceux envisagés pour l’agence* ».

[358] A l’AG du 13 mars 2019, à l’occasion d’un point sur les dépenses de personnel, le représentant de la DGCS, nouveau venu, s’enquiert des « *motifs des difficultés de recrutement qui entraînent la non-saturation du plafond d’emplois* ». La directrice générale rappelle alors « *que l’agence est soumise au décret d’avril 2013 relatif au recrutement des personnels de GIP. Fait pour des GIP de mutualisations de moyens, ce décret ne permet de recruter que des personnels des membres du GIP sur la base de détachements ou de MAD. Ce n’est pas le cas pour l’ANDPC dont les membres ne disposent d’aucun personnel antérieurement affecté à la gestion du DPC. Le décret est par ailleurs limitatif sur les postes qui peuvent être ouverts au recrutement direct et les conditions sont peu incitatives : 2 CDD de 6 mois* ». Le président ajoutera que « *passer d’une grande administration à une agence avec des questions de pérennité au vu des modifications réglementaires demande un certain courage de la part des candidats* ».

[359] Une réaction émane alors du seul CGEFI qui indique « *qu’il faudrait prendre en urgence une disposition réglementaire sur les GIP permettant un recrutement direct. Il s’agirait d’une adaptation du décret pour les GIP nationaux, opérateurs de politiques publiques notamment dans le champ de la santé* ». La représentante de la CNAM demandera « *si ce point est porté par la DGOS* », mais sans recevoir de réponse puisqu’aucun représentant de la direction n’est présent à cette AG⁹⁶. Le CGEFI propose aussi « *d’étudier un autre circuit : affectation par l’Etat d’un fonctionnaire pour les métiers support* », mais la directrice générale fait remarquer que « *l’agence n’est pas dans les priorités de la DRH santé* », après avoir auparavant précisé que le responsable RH de l’agence est

⁹⁶ La DGOS a donné l’un de ses pouvoirs à la DGS et l’autre à la DSS.

lui-même en train de « rattraper les retards accumulés après 9 mois de vacance de poste : plan de formation, schéma d'emplois, mutuelle, prévoyance ».

[360] A l'AG du 10 juillet 2019, c'est à nouveau le point de l'ordre du jour relatif au plafond d'emplois qui conduit la directrice générale à évoquer le « besoin de visibilité en matière de stratégie de recrutements », avec une allusion aux constats de la Cour des comptes intervenus entretemps, qui ont souligné « une situation de sous-effectifs et de sous-compétences », et, surtout, « l'inadéquation » à la situation de l'agence du décret de 2013 issu de la loi Warsmann, avec des regrets que l'amendement proposé pour y déroger n'ait pas été retenu.

[361] A nouveau, seul le CGEFI réagit, indiquant que la loi Warsmann « ne prend pas en compte les opérateurs de l'Etat qui mettent en œuvre une politique publique. Le sujet mérite d'être examiné de manière systémique ».

[362] A l'AG du 27 novembre 2019, c'est à propos des incertitudes sur le « maintien ou pas de l'agence au Kremlin-Bicêtre » que le représentant de la DGS fait un lien avec « la difficulté à recruter liée au statut de GIP de l'agence qui a souvent été abordée au sein de cette instance ». Il estime qu'« il faut vraiment réfléchir aux évolutions qui pourraient redonner des marges de manœuvre à l'agence ». Mais il s'agit alors de la dernière présence en date de la DGS à une AG du GIP. La directrice générale de l'agence rappelle que le CGEFI « avait donné une piste, à savoir que l'agence déroge au décret d'avril 2013 comme cela a été fait pour l'ANAP. Pour cette agence, la dérogation a été votée par le Parlement mais il faudrait vérifier s'il serait possible de la prendre par décret. Si c'était le cas, cela pourrait être ajouté dans le projet de décret DCE en cours. Une expertise juridique est nécessaire ».

[363] Ces éléments ne suscitent à nouveau aucune réaction des tutelles, si ce n'est le constat par la DSS que « là encore, comme pour la GBCP, c'est le cadre réglementaire qui bloque le bon fonctionnement de l'agence ».

[364] A l'AG du 16 mars 2021, c'est toujours à l'occasion de l'évocation du schéma d'emplois que la directrice générale réprecise que le sujet du recrutement reste « extrêmement complexe » et que « l'agence avait adressé aux membres de l'AG un certain nombre d'éléments relatifs (...) au décret du 15 avril 2013 sur les GIP de droit public. Il est considéré que normalement un GIP fonctionne avec des personnels mis à disposition » par ses membres, « c'est le cas de la blanchisserie entre deux hôpitaux. L'ANDPC est soumise à ce texte qui n'est pas fait pour elle, puisque c'est un GIP national qui doit trouver ses personnels ». Elle rappelle que « la question se pose depuis 3 ans et que l'agence avait proposé une modification législative qui n'avait pas été prise » et qui était « en miroir » avec celle prise pour l'ANAP » et s'interroge « qui, à 45 ans, lâche un CDI pour un CDD, y compris de 3 ans, dans une structure publique ? ». Elle précise que l'agence est contrainte de « déroger » aux principes du décret « avec l'accord bienveillant du CGEFI » et qu'elle « avait fait des propositions » à la DGOS, notamment via « une note un peu circonstanciée ».

[365] Ce point ne conduit à aucune réaction des tutelles (les deux représentants de la DGOS et de la DSS sont présents, ainsi que celui de la DGCS).

[366] A l'AG du 24 novembre 2021, l'ordre du jour comporte un point – le premier du genre - explicitement intitulé « difficultés de recrutement de l'agence ». La directrice générale commence par rappeler « *qu'il s'agit d'un vieux sujet qui n'avance pas* », ce dont attestent les développements *supra*. C'est aussi l'occasion pour elle :

- de renvoyer plus frontalement les membres du GIP à leur rôle « *quand l'agence tente de recruter des personnels de l'Etat ou de l'assurance maladie, cela ne se concrétise pas non plus dans les conditions prévues par le décret GIP pour des problématiques de plafonds d'emplois. La solution que la CNAM propose pour son personnel est du congé sans solde. Aujourd'hui la seule personne mise à disposition de l'agence est (...) salariée de l'Acoss, qui n'est même pas membre du GIP et la seule personne en détachement (...) dépend du ministère de l'enseignement supérieur* » ;
- de tester la piste d'une transformation de l'agence « *en EPA dans la mesure où elle en a toutes les contraintes réglementaires* » ; elle indique à cet égard que « *le secrétariat général du ministère de la santé avait souligné lors de l'examen des projets de textes du DPC que le statut de GIP qui confère en principe à l'opérateur une grande souplesse et une grande autonomie d'organisation était difficilement concevable avec une réglementation d'EPA* ».
- de provoquer une réaction des tutelles en indiquant qu'« *il s'agit là d'un point stratégique qu'il faudra aborder ensemble avec les tutelles dans un contexte de difficulté générale de recrutement* ».

[367] Cette fois, la DGOS a réagi pour souligner que « *cette difficulté d'attractivité est également constatée en administration centrale et chez les autres opérateurs* » et conclure que « *le manque d'attractivité des opérateurs n'est pas uniquement lié à des problématiques de statut* ». Elle a toutefois proposé de « *mettre en place un groupe de travail sous couvert du CGEFI pour faire un état des lieux et faire des propositions* ». Mais l'agence a indiqué à la mission, qui l'a interrogée à ce sujet, que ce groupe n'a jamais été mis en place.

[368] La situation de l'opérateur est donc assez atypique dans la mesure où la tutelle a éludé trois ans durant, puis nié, une réalité qui avait été reconnue par la Cour des comptes et le CGEFI. Il n'était peut-être pas simple pour les tutelles d'agir, mais force est de constater qu'elles n'ont pas essayé.

Un exemple de répercussion plus indirecte du statut de GIP : les œuvres sociales du personnel

Le sujet de la forme juridique de l'agence a encore été évoqué très récemment, à l'AG du 24 novembre 2022, à l'occasion du point de l'ordre du jour relatif aux œuvres sociales de l'agence. La directrice générale a en effet expliqué que « Pour adhérer aux œuvres sociales interministérielles, l'Agence devrait figurer sur une liste publiée par arrêté. Or la DGAFP a refusé que les GIP y soient inscrits. Cela n'est pas surprenant dans la mesure où un GIP est la mise en commun par deux structures d'une mission avec le personnel associé et qu'en conséquence, le personnel d'un GIP est censé bénéficier déjà du système d'œuvres sociales de son employeur d'origine. Mais, pour l'Agence, c'est une fiction puisqu'elle ne peut fonctionner qu'avec des personnels en propre. Finalement, en tant qu'opérateur de l'État qui déploie une politique publique conformément à une réglementation digne d'un EPA, une reconnaissance en tant qu'EPA permettrait de résoudre certaines problématiques de recrutement et entraînerait son inscription aux œuvres sociales interministérielles. Pour l'instant, le statut de l'Agence est une impasse ; cette situation a été évoquée avec l'IGAS ».

La DGOS a alors indiqué être « preneuse des conclusions de l'IGAS sur le statut de l'Agence » et « prête à relancer une étude d'opportunité d'adhésion aux œuvres sociales interministérielles », même s'il « faudra voir le nombre de personnes éligibles et les prestations ».

Pour mémoire, du fait des complications associées au statut de l'agence, le sujet des œuvres sociales avait déjà dû être abordé aux AG des 11 septembre et 27 novembre 2019 : la DRH du ministère avait dans un premier temps donné une réponse positive à l'agence puis « au milieu de l'été (...) a dit que la DGAFP n'acceptait pas les GIP »⁹⁷. La DGOS avait alors saisi la DGAFP le 22 octobre 2019 pour connaître « les fondements de cette position » et s'enquérir de solutions par défaut, puis avait dû la relancer⁹⁸, apparemment sans succès. En effet, l'AG du 22 novembre 2022 est l'occasion pour la directrice de constater que « cela fait six ans que la situation est bloquée. Une possibilité serait une dérogation donnée par la DGAFP mais cela semble improbable. La seule issue semble la transformation de l'ANDPC en EPA. En tout cas, il faut trouver une solution ».

2.2 Les difficultés d'adéquation missions/moyens auxquelles fait face l'agence accaparent les ordres du jour

[369] La consultation des 15 comptes-rendus ou relevés d'AG tenues sur les années 2018 à 2022 montre un fort centrage sur des enjeux de gestion de l'agence et notamment les obstacles que doit affronter la structure.

[370] Le tableau suivant, qui se propose de dresser une typologie des 89⁹⁹ sujets portés aux ordres du jour, indique en effet que 70 d'entre eux concernent uniquement ou très majoritairement la gestion de l'agence (il s'agit des 3 premières colonnes), et que 5 autres sont des points d'information ponctuelle liés à des éléments tels que les missions de corps de contrôle, la crise sanitaire ou la crise énergétique.

Tableau 2 : La présence des enjeux de gestion de l'agence dans les ordres du jour

enjeux budgétaires et financiers		ressources humaines		gouvernance générale de l'agence		points d'actualité ponctuelle	
budgets rectificatifs	11	schémas/tableaux des emplois	12	contrats d'objectifs	6	référé de la Cour	1
budgets initiaux	6	mutuelle et prévoyance	3	convention constitutive du GIP	5	projet de circulaire PM	1
comptes de l'agence	5	œuvres sociales	3	baux et déménagement	4	plan de continuité d'activité	1
engagements de l'agence	2	primes	1	bilans sociaux	2	mission Igas	1
cadre budgétaire et comptable	2	règlement intérieur de l'agence	1	cartographie des risques	2	plan de sobriété	1
consommation des réserves	1	ruptures conventionnelles	1	règlement intérieur de l'AG	1		
marchés publics	1	difficultés de recrutement	1				
	28		22		20		5

⁹⁷ Source : CR de l'AG du 11 septembre 2019.

⁹⁸ Source : CR de l'AG du 27 novembre 2019.

⁹⁹ En excluant les approbations de comptes-rendus et en incluant 4 points au titre des « questions diverses » aux AG des 25 avril 2018, 11 septembre 2019 et 13 mars 2020.

[371] S’agissant des 14 points plus directement liés aux enjeux de gestion du dispositif de DPC lui-même, et absents du précédent tableau :

- on note un fort centrage sur le sujet des appels d’offres et appels à projets, qui représente à lui seul 7 occurrences, soit la moitié du total ;
- sachant que la mission comptabilise également sous cette rubrique 3 présentations de rapports annuels (celui de 2019 semble ne pas avoir été discuté en AG), qui ont parfois conduit ou conduisaient potentiellement à évoquer le DPC lui-même ;
- un point relatif à l’étude de coûts des ODPC ;
- et trois points spécifiques pour la seule AG du 24 novembre 2022, qui est la dernière en date : articulation DPC/certification¹⁰⁰, bilan des contrôles de lutte contre la fraude, et conventions financières et d’échanges de données avec l’ANFH et l’OPCO santé.

[372] Si cette analyse des ordres du jour fait partiellement écho aux enjeux de moyens, notamment humains, venant parfois contrarier l’action de l’agence comme exposé à la section 2.1, elle ne reflète pas en revanche le fait que l’action de l’agence a parfois également été entravée par l’absence de réponse aux questions qu’elle pose en matière d’adaptation des textes ou d’orientations stratégiques (cf. section 2.4 *infra*).

[373] Le point des contrôles de lutte contre la fraude, abordé fin 2022, en fournit une bonne illustration, la directrice générale rappelant « qu’aujourd’hui, l’agence est limitée dans ses contrôles et sanctions. En effet, le texte réglementaire qui devait suivre la loi de 2019 donnant à l’agence pouvoir de contrôle n’a toujours pas été publié. Ce qui était prévu par le législateur faisait partie du projet de DCE modificatif discuté en 2020. Au regard des délais, l’agence a donc commencé l’activité de contrôle sans les textes réglementaires qui l’encadrent ». Elle a souligné qu’il devient d’autant plus urgent que le texte réglementaire permette à l’Agence d’approfondir le contrôle que « l’agence assure une activité de police », les organismes étant « très imaginatifs », alors qu’elle pensait « que les contrôles porteraient sur la qualité de l’offre de service ».

[374] S’agissant des deux sujets de l’étude de coûts des ODPC ou encore des appels d’offres et appels à projets, les difficultés rencontrées illustreront, dans chaque cas, l’insuffisance des réflexions préalables sur le modèle économique du DPC, longtemps assez peu analysé comme exposé dans la section ci-après.

¹⁰⁰ Cette dernière étant censée entrer en vigueur un mois après.

2.3 Des enjeux stratégiques tels que le périmètre du DPC, son modèle économique et son appropriation par les professionnels ne sont en revanche guère abordés en format inter-administratif

2.3.1 Il ne semble pas qu'il y ait eu de débat inter-administratif concernant l'identification du champ du DPC validable et des actions publiées par l'agence

[375] Le fait que les textes indiquent qu'il existe des actions de DPC en dehors des orientations prioritaires, seul périmètre reconnu par l'agence, était un sujet identifié, puisque l'agence a proposé aux tutelles de clarifier ce point dans des projets de décret (cf. section 1.2.1 de l'annexe 4). Cette question n'a pourtant jamais été discutée en AG et ne semble pas avoir fait l'objet de discussions entre administrations alors que la vision portée par l'agence en la matière, qui pouvait faire débat, avait été évoquée par la directrice générale de l'ANDPC lors de la séance du HCDPC du 14 novembre 2019 (cf. partie 3 *infra*), c'est-à-dire face à un cercle beaucoup plus large.

2.3.2 Les enseignements des difficultés rencontrées dans le cadre de l'étude de coûts n'ont pas été collectivement tirés

[376] L'étude de coûts des ODPC a certes été évoquée lors de l'AG du 16 mars 2021, durant laquelle l'agence a toutefois commencé par indiquer que « *la présentation des résultats (...) est reportée car, si l'agence a bien reçu un pré-rapport, un travail de rapprochement reste à mener pour mettre notamment en regard les coûts supportés par les organismes et ce que l'agence leur paie* ». Or ce point, qui ne sera plus réinscrit à l'ordre du jour par la suite, ne pourra pas davantage être discuté dans d'autres instances.

[377] L'échange de mars 2021 n'avait suscité de réaction substantielle que de la part du CGEFI, qui avait proposé de contacter la directrice de l'IGPDE et le contrôleur de France Compétences, « *afin d'obtenir des éléments de comparaison* » (selon les indications données à la mission, ces contacts sont bien intervenus, mais de façon officieuse). La DGOS a certes demandé comment l'agence expliquait que « *l'ANFH arrive à tirer les coûts à la baisse* », ce à quoi la directrice générale a répondu que « *l'ANFH ne tire pas les coûts. Les personnes s'inscrivent au prix catalogue de l'organisme alors que l'agence ne prend pas en charge au prix réel mais en fonction des forfaits* ».

[378] Cette dernière précision était, de fait, lourde d'implications sur le modèle de l'agence, et, notamment, la viabilité de la volonté ministérielle d'appels d'offres qui s'est soldée par un échec après avoir été évoquée lors de 7 AG différentes.

[379] En effet, comme le remarquait alors la directrice générale de l'ANDPC « *l'agence ne peut pas contraindre les ODPC à répondre [à une étude de coûts] en l'état actuel de la réglementation* » ; or « *s'ils répondent aux appels d'offres, ils sont obligés de fixer un prix. Soit ils appliquent les tarifs forfaitaires et ils ne seront pas retenus, soit ils s'alignent sur le prix du marché avec le risque que l'agence remette en cause le montant des forfaits* ». Elle ajoutait qu'il « *convient de définir une stratégie de déploiement soutenable des appels d'offres. La Cour des comptes avait demandé que l'agence passe de plus en plus par les appels d'offres, mais que cela nécessite au préalable une réforme du modèle économique* ». La directrice avait alors précisé que « *la réforme du modèle*

économique proposée par l'agence consiste à passer à un prix de session, à arrêter la valorisation horaire, et à baisser le montant de ces prix de sessions, notamment pour certaines professions – dont les professions médicales ». Elle avait également attiré l'attention sur le fait que « on ne peut pas gérer 256 orientations [prioritaires] en appel d'offres ».

[380] Or non seulement ces différents points ne seront jamais rediscutés par la suite, mais l'AG du 24 novembre 2022 doit encore en passer par un assez long débat pour acter l'arrêt des appels d'offres, une tutelle précisant, en semblant le déplorer, que le guichet « n'en est pas encore au stade des cahiers des charges », et une autre indiquant qu'elle « souhaite revoir le dispositif ». Ce à quoi la directrice générale réagira en rappelant que « l'ANDPC propose de remettre à plat ce dispositif depuis une année » et que « le sujet est exposé dans la note blanche¹⁰¹ transmise en juillet au cabinet du ministre et aux tutelles ».

[381] De plus, malgré l'affirmation à l'AG du 27 novembre 2019 selon laquelle « la part des opérateurs historiques diminue d'année en année¹⁰² au profit des organismes commerciaux », les administrations semblent n'avoir jamais formulé aucune demande d'un panorama des ODPC, qui sont les acteurs clés du modèle économique. Les données assez riches dont dispose l'agence ont, de fait, été sous-exploitées, aucune catégorisation robuste des ODPC n'étant intervenue (cf. annexe 5 relative à la régulation de l'offre de DPC).

2.3.3 Les possibilités d'amélioration de l'appropriation du DPC par les professionnels ont été insuffisamment explorées

[382] L'annexe 4 relative à la stratégie de déploiement du DPC revient sur les divers facteurs contribuant aux difficultés d'appropriation du DPC, particulièrement parmi les salariés. Ce dernier constat est, depuis déjà quelques années, bien connu 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 ».

[383] 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 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 santé¹⁰³.

[384] 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). L'entrée de la DGCS au sein de l'AG du GIP avait pourtant correspondu à un souci « de mieux prendre en compte les besoins de DPC des professions

¹⁰¹ Cf. encadré en section 2.4 *infra*.

¹⁰² La première partie de l'affirmation est assez tautologique, sauf à postuler une absence totale de renouvellement, par ailleurs le qualificatif d'« historique » ne relève pas du même registre que celui de « commercial ».

¹⁰³ 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 ».

de santé travaillant dans les services et établissements médico-sociaux »¹⁰⁴. Lors de l'entrée de cette direction au sein du GIP, son représentant s'était d'ailleurs interrogé « sur la baisse des formations » dans ce secteur ; le sujet ne sera toutefois plus jamais évoqué.

[385] De plus, dans sa réponse, la directrice générale s'était centrée sur le DPC en établissements de santé en remarquant que ces derniers « *peinent à en comprendre la logique et la dynamique* », illustrant à la fois :

- un risque structurel d'oubli du secteur médico-social ;
- plus généralement, une tendance à une approche en surplomb imputant la non-réalisation d'actions à des défauts d'information institutionnels ou des méconnaissances académiques, et négligeant par là-même les difficultés opérationnelles de mise en œuvre dans des structures présentant des contraintes organisationnelles et des priorités qui leurs sont propres.

[386] Cette posture même imparfaite de l'agence n'en constitue pas moins la seule vision en présence faute de véritable dialogue sur ces sujets. L'ANDPC n'est finalement bousculée que par elle-même comme lorsque sa directrice générale remarque qu'elle est « *encore trop enfermée dans sa mission d'OPCA pour les libéraux* »¹⁰⁵, autocritique à laquelle seul le CGEFI avait réagi pour souligner l'importance particulière de la dynamique en direction du secteur hospitalier.

[387] De fait, la conférence des DG de CHU a souligné auprès de la mission l'absence d'une véritable promotion du DPC de la part de l'agence ; celle-ci indique toutefois être régulièrement intervenue auprès de la conférence ou avec les directions qualité pour présenter et expliquer le dispositif, même si elle reconnaît par ailleurs une certaine difficulté à identifier les bons partenaires pour promouvoir le dispositif dans les établissements de santé et médico-sociaux¹⁰⁶. Le CNFPT a de son côté indiqué ne pas avoir été sollicité pour informer les employeurs et salariés de la FPT qui ignorent tout du DPC (et plus encore, toutefois, de la certification périodique, ce qui montre que les enjeux de communication sur la formation auprès des professionnels de santé dépassent le seul sujet du DPC et la seule ANDPC). S'il revient certes aux différents acteurs et notamment aux employeurs de s'approprier les dispositifs, il reste manifeste qu'au vu de la composition de la fonction publique territoriale, le portage spontané de dispositifs complexes ne bénéficiant qu'à une part minime de l'effectif y est structurellement compromis (cf. annexe 4).

[388] Or l'article¹⁰⁷ coécrit par l'ANDPC et l'ACCME (*Accreditation Council for Continuing Medical Education*, qui est l'organisation américaine accréditrice des organismes de formation des médecins) rappelle en introduction que les entités accréditrices n'ont pas qu'un rôle de régulation mais aussi d'impulsion à l'égard des opérateurs de DPC ; à cet égard, le compte-rendu du congrès annuel organisé du 27 au 29 avril 2021 par l'ACCME cite un groupe de travail « *Etude des stratégies marketing pour favoriser l'engagement des professionnels de santé* ». De plus, dans le même esprit, le compte-rendu de la conférence de consensus de Cologne des 10 et 11 septembre 2020,

¹⁰⁴ Source : CR de l'AG du 28 novembre 2018

¹⁰⁵ Source : CR de l'AG du 12 juin 2019

¹⁰⁶ 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)

¹⁰⁷ *Vive la Différence: A Comparison of CPD Quality Assurance Systems in France and The United States*, publié le 24 avril 2022

organisée par l'*International Academy for CPD Accreditation*¹⁰⁸ 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 ».

[389] L'absence de réaction des tutelles face aux doutes de l'agence est d'autant plus surprenante que ce sont elles qui ont l'accès le plus facile aux employeurs du secteur, l'agence n'étant en contact avec eux que pour peu qu'ils soient labellisés ODPC (et il s'agit alors par définition des établissements de santé les plus sensibilisés au DPC ; de plus, plusieurs autres types d'employeurs de professionnels de santé n'auront jamais vocation à être ODPC, faute d'atteindre la taille critique justifiant l'organisation d'actions internes et/ou de disposer des budgets nécessaires).

[390] 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. Certains membres du GIP ne sont toutefois pas idéalement placés pour alimenter la réflexion sur la promotion du DPC quand ils n'y consacrent aucune ressource. Ainsi, il semble qu'aucun agent ne soit spécialement chargé du dossier du DPC à la direction de la gestion de l'offre de soins de la CNAM.

2.4 Les échanges inter-administratifs restent globalement insuffisamment prospectifs

[391] C'est notamment le cas s'agissant de l'articulation entre le DPC et les dispositifs connexes applicables aux professions de santé. La DG de l'agence rappellera pourtant incidemment à l'AG du 24 novembre 2021 que « des décisions devront être prises notamment sur la façon dont le DPC va s'articuler avec la certification périodique. Il serait donc important d'avoir un portage stratégique. Il s'agit d'un des points soulignés dans le rapport de la Cour des comptes ». Autrement dit, d'un point déjà souligné depuis environ 2 ans à l'époque de ces propos.

[392] Or le sujet de l'articulation entre DPC et certification n'a été réabordé qu'à la faveur de l'AG du 24 novembre 2022, alors que la certification était censée entrer en vigueur au 1^{er} janvier 2023.

[393] Le sujet des systèmes d'information, partiellement lié au précédent, est lui aussi largement absent des échanges inter-administratifs. L'agence avait pourtant adressé à la DGOS dès le 28 juillet 2020 une note sur la trajectoire de son SI, soulignant dans son paragraphe final que « cette tension sur les ressources et les difficultés techniques en termes de parallélisation des développements importants imposent des opérations constantes de priorisation et un nécessaire échelonnement des projets ». Or l'ANDPC indique toujours être en attente d'échanges sur les SI lors du dialogue de gestion du 25 juin 2021, et ce « dans les suites du dialogue du 23 juin 2020 ».

¹⁰⁸ Réseau international (87 membres sur 27 pays) conjointement géré par l'Accreditation Council for Continuing Medical Education (ACCME américaine) et le Royal College (of physicians and surgeons of Canada).

La non-résorption des enjeux stratégiques à trancher conduit l'agence à les rappeler régulièrement aux tutelles par écrit

Les principaux enjeux subsistants à l'issue du COP sont repris dans une note blanche pour le dossier ministre, élaborée en avril 2022. Y figurent en particulier les sujets du périmètre du DPC (proposition n°1), de l'articulation avec la certification (proposition n°5), des parcours de DPC (proposition n°7), du financement des MSU (proposition n°11) ou encore des possibilités de sanction (proposition n°16). L'agence a aussi proposé que l'AG soit présidée par un commissaire du gouvernement, compte tenu d'une tutelle « défailante » et que la Cour des comptes aurait jugée comme telle (proposition n°21), et préconisé une adaptation de la réglementation qui lui est applicable, soit par l'octroi de la dérogation relative aux modalités de recrutement dont est déjà bénéficiaire l'ANAP, soit par la transformation de sa forme juridique en EPA (proposition n°22).

3 Le HCDPC, instance de représentation des parties prenantes¹⁰⁹ jusqu'à fin 2019, avait le mérite de permettre davantage d'échanges quelles que soient ses imperfections

3.1 Grâce à la diversité des parties prenantes et à l'ampleur de ses missions, le HCDPC a été le principal, voire le seul lieu d'échange sur de nombreux sujets pertinents

[394] Sur toute la période du COP, le HCDPC avait pour missions celles énoncées à l'article R. 4021-11 du CSP, renvoyant elles-mêmes à plusieurs rôles :

- un rôle de coordination des acteurs, consistant notamment à promouvoir les échanges entre professionnels et à assurer la cohérence des travaux des conseils nationaux professionnels (CNP) en matière de DPC ;
- un rôle d'expertise scientifique et pédagogique, avec la détermination des critères d'évaluation des actions de DPC ainsi qu'une contribution à l'évaluation de l'impact du DPC sur les pratiques professionnelles ;
- un rôle d'aide au contrôle, en proposant le plan national annuel de contrôle des organismes et actions DPC ;
- un rôle de promotion du DPC auprès non seulement des professionnels de santé mais aussi de leurs employeurs.

¹⁰⁹ Selon les termes utilisés par la DG de l'ANDPC lors de la réunion du HCDPC du 14 novembre 2019

[395] Ce caractère assez large, voire protéiforme des missions du HCDPC allait de pair avec une composition très ouverte, elle-même détaillée en annexe à la convention constitutive du GIP :

- des représentants de chaque conseil national professionnel, notamment au titre de la mission de coordination du Haut Conseil ;
- des représentants des commissions scientifiques indépendantes de l'agence, de la HAS¹¹⁰, du ministère de l'enseignement supérieur¹¹¹ et des universités¹¹², en cohérence avec le rôle d'orientation scientifique et pédagogique du Haut Conseil ;
- des représentants des 7 ordres professionnels dans le champ des professions de santé, en particulier utiles au titre de la mission de promotion du DPC ;
- des représentants des syndicats représentatifs des professions libérales et salariées, pouvant également notamment contribuer à la mission de promotion du DPC, et attirer l'attention sur des préoccupations des ODPC compte tenu de leurs liens avec certains d'entre eux ;
- en vertu de la mission de promotion du DPC non seulement auprès des professionnels mais aussi auprès des employeurs, le HCDPC associe aussi des représentants des fédérations d'employeurs¹¹³ : 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.

[396] L'agence a en outre pu suggérer l'introduction de représentants des usagers au sein du Haut Conseil¹¹⁴.

[397] 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. L'un d'entre eux (collège infirmier français) indiquera d'ailleurs lors d'un échange à propos de certaines actions de DPC que « de nombreux professionnels ont sollicité les membres du Haut conseil pour comprendre les décisions de l'agence »¹¹⁵.

[398] La séance du 05 avril 2018 a notamment été l'occasion de faire le point sur l'évaluation des actions de DPC par les CSI. En particulier, « l'expérience ayant montré que l'avis favorable avec recommandations recouvre une grande diversité de situations (du simple conseil d'amélioration à la demande de modification se voulant impérative) », il est annoncé l'introduction d'un « niveau intermédiaire » : l'avis favorable sous réserve de modifications. Un représentant du collège infirmier français a par ailleurs fait remarquer qu'il serait utile de disposer de détails par sous-sections pour les CSI médecins et professions paramédicales, ce qui n'a pas été fait depuis, ce sujet renvoyant aux enjeux de structuration des CSI, dont la non-réunion de leurs sous-sections,

¹¹⁰ 2 représentants de la HAS

¹¹¹ 3 personnes qualifiées désignées sur proposition du ministre

¹¹² 3 représentants désignés par la conférence des présidents d'universités.

¹¹³ 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 ».

¹¹⁴ Source : compte-rendu de la séance du 14 novembre 2019.

¹¹⁵ Séance du 27 septembre 2018, point sur les actions de DPC relatives à la pratique de l'hypnose.

discutés *infra* ainsi que dans l'annexe 5 relative à la régulation de l'offre de DPC. Il en va d'ailleurs de même des enjeux de contournement des CSI par certains ODPC, évoqués par la directrice générale lors d'une séance ultérieure¹¹⁶.

[399] La séance du 27 septembre 2018 est l'occasion pour un autre syndicat (la FFMKR¹¹⁷) de soulever la question du « *temps nécessaire au contrôle de premier niveau* » (depuis dénommé par l'agence « contrôle de conformité »), question effectivement importante au vu de la fréquence des griefs des ODPC sur le manque de visibilité dont ils souffriraient du fait des procédures de validation des actions par l'agence. Ceci a donné à l'agence l'occasion d'évoquer l'existence de dépassements du délai prévu de 15 jours « *notamment lorsque des renseignements complémentaires sont demandés* » mais aussi de rappeler qu'« *un contrôle humain reste pour le moment indispensable* » et que les opérateurs qualifiés d'« équivalents », à savoir les fonds de formation et (à l'époque) OPCA « *répondent quant à eux dans des délais allant d'un à deux mois* ».

[400] La séance du 27 septembre 2018 a aussi été l'occasion de débattre de la tenue d'une réunion d'information à l'attention des ODPC, suite à une question en ce sens du représentant de MG France. La mission juge de fait crucial le sujet de la communication avec les ODPC compte tenu des échanges qu'elle a pu avoir avec un grand nombre d'acteurs. L'agence avait alors indiqué être confrontée à un choix entre infaisabilité logistique et rupture de l'équité de traitement : « *plus de 2000 structures sont aujourd'hui ODPC. Ainsi, réunir l'ensemble des ODPC pose d'évidentes contraintes organisationnelles, tandis que n'inviter qu'une partie pourrait être perçu comme une rupture de concurrence* ».

[401] La même réunion a également conduit à évoquer les enjeux de contrôle des ODPC, le Président évoquant plus en détail les enjeux associés à la procédure de désenregistrement en interrogeant l'agence sur l'existence d'un « délai de suspension » durant lequel la structure ayant perdu la qualité d'ODPC ne pourrait se réenregistrer, et l'agence indiquant en retour que le Conseil d'Etat a estimé « impossible » l'introduction d'une telle période purgatoire. Les enjeux afférents ont été réévoqués notamment lors de la séance du 10 avril 2019 (« *L'agence réfléchit à se montrer plus rapide et plus ferme vis-à-vis de certains organismes, en suspendant leur agrément en attendant qu'une décision soit prise par le juge. Mais il y a nécessité d'une base réglementaire* »).

Dans le cas de la « journée du DPC », le HCDPC aurait pu constituer une utile force de rappel

Malgré ses diverses réserves rappelées ci-dessus, la directrice générale de l'ANDPC avait finalement évoqué lors de la séance du 10 avril 2019 la tenue d'une « première journée nationale du DPC » dont la date n'était pas fixée, et ce « dans une logique d'information collective mais aussi de remontée d'information et de retour d'expériences diverses venant du terrain ». La lecture du compte-rendu de la séance suivante tenue le 14 novembre 2019 indique que la date du 5 novembre avait été retenue, mais aussi que la réunion a finalement été reportée. Un report à juin 2020 (au motif de difficultés financières du prestataire) a alors été prévu¹¹⁸. Mais entretemps, le HCDPC n'a plus jamais siégé et l'agence a confirmé à la mission qu'une telle journée n'a finalement jamais été organisée.

¹¹⁶ Séance du 19 décembre 2018

¹¹⁷ Fédération française des masseurs kinésithérapeutes rééducateurs.

¹¹⁸ Source : compte-rendu de l'AG du 27 novembre 2019.

Il aurait par exemple été possible d'en faciliter l'organisation en la centrant sur les établissements organisant des actions pour leurs propres salariés, de façon à alléger la logistique et à cibler l'échange, sans pour autant risquer de contrevenir à l'équité de traitement des ODPC au sens du cadre concurrentiel applicable.

La directrice générale a indiqué à la mission souhaiter concrétiser le projet.

[402] La séance du 27 septembre 2018 a enfin été l'occasion d'évoquer l'impact de réformes en cours, qu'il s'agisse :

- de la réforme de la formation professionnelle qui supposait notamment de « construire une interface avec France compétences » ;
- du rapport du Pr Uzan concernant la recertification périodique qui « aura vocation, au cours des années suivantes, à être étendue à l'ensemble des professionnels de santé » ; il est notamment annoncé que sa périodicité sera de 6 ans, « ce qui correspond à 2 cycle de DPC », et que, « si le DPC en est l'un des critères importants, d'autres critères sont également retenus », ceux-ci étant alors exposés. La séance suivante du 19 décembre 2018 donnera aussi au Pr Uzan l'occasion d'évoquer l'enjeu du financement de la procédure de recertification.

[403] Dans le sillage des échanges relatifs aux enjeux d'articulation entre DPC et certification, la séance du 10 avril 2019 a conduit le collège infirmier français à faire le lien entre le caractère obligatoire de la certification et le « manque de moyens dédiés par les employeurs au suivi des formations » ainsi que le manque de financements, tout en rappelant qu'« il faut distinguer, au sein des établissements de santé, le plan de formation et le plan de DPC, qui peut prendre d'autres formes sans nécessiter de financement particulier : staff, audits, RMM, etc. ». Cette remarque revenait à poser le sujet de la « valorisation de l'existant », pour reprendre une formule mise en avant par le rapport ultérieur de l'IGAS relatif au financement du dispositif de certification périodique¹¹⁹, alors même qu'il sera précisé lors de la même séance du Haut Conseil que « la conception des programmes par les établissements en interne doit être privilégiée ».

[404] Les deux dernières séances des 10 avril 2019 et 27 novembre 2019 ont enfin été l'occasion d'évoquer pour la première fois des sujets stratégiques de structuration du DPC avec respectivement :

- le « démarrage de la réflexion sur la doctrine de l'agence concernant le parcours de DPC », le collège infirmier français évoquant les « difficultés rencontrées par les CNP (...) qui ne disposent pas de salariés pour produire les travaux demandés », le syndicat des biologistes révoquant le sujet lors de la dernière séance ; la FSM a ainsi signalé, dans son envoi à la mission, qu'« une réunion de partage entre les présidents des CNP et la FSM a été organisée en mai 2019, avec la participation du président du Haut conseil de l'Agence nationale du DPC (ANDPC)¹²⁰ ».
- La clarification de la définition du DPC (cf. section 2.3.1 *supra* et section 1.2.1 de l'annexe 4) via un décret modificatif en Conseil d'Etat, la directrice générale indiquant à cet égard que

¹¹⁹ Dispositif de certification périodique créé par l'Ordonnance n°2021-961 du 19 juillet 2021 : état des lieux financier, Anne Bruant-Bisson, Dominique de Wilde, juillet 2022.

¹²⁰ Ainsi qu'un représentant du Conseil National de l'Ordre des Médecins.

« certaines parties du texte stipulent que le DPC correspond aux orientations prioritaires ; à d'autres moments, sa définition semble élargie à tout le champ de la formation continue ».

[405] La dernière séance donne lieu à l'annonce par la directrice de l'intention de la Ministre de transformer le Haut Conseil, *« instance de représentation des parties prenantes (...) en instance scientifique en appui du développement du dispositif ».*

[406] Par ailleurs, suite à la remarque du Dr Uzan selon laquelle *« la place du DPC dans le futur dispositif de certification invite le HCDPC à se saisir de ce sujet »*, la directrice générale précisera que si *« l'agence peut tenir lieu de relais auprès du Ministère »* (les membres étant également invités à le saisir directement), *« les discussions au sein du HCDPC doivent rester centrées sur le DPC lui-même ».* Elle déclarait pourtant, lors de l'AG du 12 juin 2019, que *« la problématique du plafonnement budgétaire va se reposer avec la recertification ».*

[407] Cette séance du 27 novembre 2019 est ainsi le prélude à une mise en sommeil, puis à un recentrage du HCDPC, analysés dans la section suivante.

3.2 Le Haut Conseil a été en déshérence près de 4 ans, sans relais alternatif pour structurer l'échange avec l'ensemble des acteurs de la mise en œuvre du DPC

[408] La DGOS a indiqué dès l'AG du 12 juin 2019, à la faveur de l'évocation du référé de la Cour des comptes, que la ministre annoncerait l'évolution du HCDPC en conseil scientifique, information effectivement répercutée lors de la séance du 14 novembre 2019 du HCDPC (cf. section précédente).

[409] L'AG du 27 novembre 2020 a ensuite été l'occasion d'annoncer aux membres du GIP la démission du président HCDPC, critique envers le dispositif d'appels d'offres, et qui avait aussi adressé sa lettre de démission à la HAS. Le président actuel a été nommé peu après, par arrêté du 15 janvier 2021.

[410] La transformation du HCDPC n'était néanmoins toujours pas engagée, celle-ci reposant, comme indiqué un an auparavant, sur un décret en conseil d'Etat *« en cours de préparation par les services du Ministère ».* Le dialogue de gestion du 25 juin 2021 entre l'agence et ses tutelles a conduit à mettre en avant le contexte de *« réflexion en cours sur la recertification »* pour expliquer le ralentissement du projet de décret. Les mandats du HCDPC sont ensuite arrivés à échéance le 30 juin 2021 sans possibilité réglementaire pour la Directrice générale de l'ANDPC de procéder à leur renouvellement.

[411] Cette situation de déshérence de la seule instance de l'agence à associer l'ensemble des acteurs du dispositif est survenue alors que les CNP, seuls interlocuteurs récurrents de l'agence ancrés au sein du système de santé, sont pour certains encore en phase de montée en puissance. Plusieurs d'entre eux ont en effet souligné auprès de la mission la modestie de leurs moyens financiers et la nécessité de travailler *« avec les moyens de bord »* : ainsi, le CNP AS a évoqué la nécessaire mobilisation de ses membres, durant l'été 2022, sur leurs lieux de congés respectifs ; la représentante du CNP des pédicures-podologues a de son côté indiqué lors de son entrevue avec la mission qu'elle était seule car *« aujourd'hui tout le monde est à son cabinet ».*

[412] Il est donc encore trop tôt pour que l'agence puisse systématiquement s'appuyer sur ces structures, même si la situation est très contrastée. Certains CNP, tels que celui des techniciens de laboratoire, ont d'ailleurs souligné l'absence d'une « plénière des CNP », qui entrave les réflexions autour d'orientations prioritaires pluriprofessionnelles (le CNP indique avoir eu du mal à faire connaître l'une de ses propositions, le CNP infirmier s'était finalement dit intéressé, mais trop tard).

[413] Certains CNP (aides-soignants, techniciens de laboratoire) ont en outre indiqué à la mission avoir besoin des sociétés savantes pour avancer, d'autres les ayant d'ailleurs directement intégrées (le CNP des pédicures podologues comporte ainsi 3 membres du collège français d'études en podologie et 3 autres de la société française de podologie). Le conseil national de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes a toutefois noté que les sociétés savantes sont parfois dominées par les organisations syndicales.

[414] Enfin, certains CNP sont loin de représenter l'ensemble des environnements de travail de leur profession : ainsi l'ordre des pharmaciens a-t-il fait remarquer à la mission, via sa contribution écrite, que « *pour les pharmaciens dépendants des sections B et C : il n'existe pas de Conseil national professionnel, même si des discussions sont en cours pour que le CPOPH¹²¹ intègre la nouvelle association représentant ces métiers et les représente par la suite* ».

3.3 Alors que le dialogue avec les représentants des salariés, les employeurs et les ODPC devrait s'accroître, il va être réduit par le décret de mars 2023 réformant le HCDPC

[415] Au démarrage de la présente mission, l'adoption du décret en conseil d'Etat révisant les missions et la composition du HCDPC avait déjà pris 3 ans et demi de retard (depuis les annonces de la mi-2019 évoquées *supra*). La DGOS a toutefois procédé à la finalisation du décret avant l'achèvement du présent rapport. Si l'absence de Haut Conseil était effectivement préjudiciable à la gouvernance du DPC, une solution aurait alors été d'anticiper la mission relative au COP de l'agence (lettre de mission d'août 2022 pour un COP dont l'avenant était lui-même arrivé à expiration fin 2021).

[416] En pratique, la réécriture de l'article R. 4021-11 du CSP aboutit à amoindrir la présence des CNP au point d'empêcher la représentation de l'ensemble des seules professions financées par l'agence avec « *huit représentants (...) dont quatre représentants appartenant au moins à trois professions médicales et pharmaceutiques distinctes et quatre représentants appartenant à quatre professions paramédicales distinctes* ».

[417] Mais elle revient surtout à exclure du Haut Conseil :

- les fédérations hospitalières et de manière plus générale tous les représentants des employeurs de professions de santé ;
- mais aussi les syndicats et organisations professionnelles et les ordres.

¹²¹ Conseil national professionnel de la Pharmacie d'Officine et de la Pharmacie Hospitalière.

[418] Ce choix, qui peut sembler cohérent avec le schéma d'un repositionnement du Haut Conseil comme instance scientifique, l'est toutefois beaucoup moins avec les missions qui continuent à lui être assignées, en effet :

- le CSP continue à évoquer la « *promotion des actions de développement professionnel continu* », même si l'on peut noter que la nouvelle rédaction ne fait plus référence à la cible de cette promotion, là où était auparavant évoquée une promotion du DPC « *auprès des professionnels de santé et des employeurs* » ;
- au-delà de la seule promotion des actions de DPC, le CSP mentionne une nouvelle mission du Haut Conseil consistant à « *formuler des propositions relatives à (...), l'organisation, la mise en œuvre (...) des actions* » ;
- la reformulation des objectifs liés à la fonction centrale d'expertise scientifique et pédagogique autour de l'appropriation des méthodes HAS, qui peut se comprendre dans un contexte où les critères d'évaluation ont été globalement stabilisés, pose elle-même la question des modalités d'association des employeurs organisant des actions pour leurs propres salariés, en particulier dans un contexte où les actions d'EPP et de GDR, qui sont les plus concernées, sont proportionnellement bien plus fréquentes dans le cas des établissements sanitaires et médico-sociaux, qui regroupent des centaines de milliers de professionnels de santé, et sont généralement supposés certifiés par la HAS.

[419] 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 coordination entre les différentes parties prenantes décisionnaires, afin de simplifier l'accès à la formation* »¹²² ou encore à « *disposer des budgets de formation nécessaires* ».

[420] Les ordres ont également fait part de désaccords. Ainsi, l'Ordre des pharmaciens a rendu un avis défavorable lorsque la DGOS a consulté le 13 juillet 2021 les représentants de professionnels de santé sur le projet de décret. Il a en effet estimé que la procédure de nomination et la composition du HCDPC proposées ne garantissaient pas la concertation nécessaire eu égard aux missions qui seraient dévolues au HCDPC (citant notamment le déploiement des méthodes et la promotion du DPC). Lors de son échange avec la mission, l'Ordre des pharmaciens a indiqué n'avoir jamais eu de retour sur le projet de texte.

[421] Enfin, des syndicats ont également fait remarquer par voie de presse qu'en tant qu'acteurs du financement via les OPCO et l'ANFH, ils ne financeraient plus le DPC s'ils n'y sont pas partie prenante. On peut remarquer que l'exclusion des syndicats, qui pourrait avoir rapport à leurs possibles liens d'intérêt avec certains ODPC, reste peu cohérente avec leur présence dans la gouvernance non seulement par le biais des sections professionnelles (cf. partie 5 *infra*), mais aussi via les commissions scientifiques indépendantes elles-mêmes, qu'il s'agisse de professions non dotées de CNP ou même de professions dotées de CNP mais pour lesquelles les textes¹²³ n'ont pas été adaptés (cf. partie 6 *infra*).

¹²² Note de la FHP sur « les évolutions nécessaires pour un plan ambitieux de formation en santé », septembre 2022

¹²³ En l'occurrence, l'annexe de la convention constitutive du GIP.

[422] La multiplicité des missions dévolues au HCDPC pouvait certes interroger, et justifier un recentrage, de même que le grand nombre de protagonistes (le quorum n’a d’ailleurs pas été atteint lors des deux premières séances du 05 avril 2018 et du 27 septembre 2018, même si cela pouvait être imputé à une phase de rodage).

[423] Il n’en reste pas moins que si la liste des acteurs du Haut Conseil a été substantiellement réduite, celle de ses missions ne l’a pourtant pas été, comme l’illustre le tableau suivant :

Tableau 3 : L’évolution des missions du HCDPC suite au décret du 8 mars 2023

type de mission	anciennes missions	nouvelles missions
coordination et échange de connaissances	Promouvoir les échanges entre professionnels de santé, quelles que soient leurs conditions d’exercice, portant sur les enjeux scientifiques et pédagogiques du développement professionnel continu ; Assurer la cohérence des travaux des conseils nationaux professionnels relatifs au développement professionnel continu ;	Recenser l’état de la connaissance scientifique et les expériences nationales et internationales en matière de développement professionnel continu ;
aide au contrôle	Proposer le plan national annuel de contrôle des organismes, des structures et des actions de développement professionnel continu ;	
expertise scientifique et pédagogique	Déterminer les critères d’évaluation scientifique et pédagogique des actions de développement professionnel continu s’inscrivant dans le cadre des orientations définies à l’article L. 4021-2 ;	Favoriser l’appropriation des méthodes de développement professionnel continu élaborées par la Haute Autorité de santé pour la conception d’actions de développement professionnel continu ;
	Contribuer à l’évaluation de l’impact sur les pratiques professionnelles des actions de développement professionnel continu suivies par les professionnels de santé...	Contribuer aux travaux de l’Agence nationale du développement professionnel continu en matière d’évaluation de l’impact sur les pratiques professionnelles des actions de développement professionnel continu suivies par les professionnels de santé. Formuler des propositions relatives à la qualité...
aide à la mise en œuvre		...l’organisation, la mise en œuvre...
promotion du DPC	...et à la promotion du développement professionnel continu auprès des professionnels de santé et des employeurs.	...et la promotion des actions de développement professionnel continu et aux problématiques soumises par le directeur général de l’Agence nationale du développement professionnel continu ;

Source : *Légifrance, restructuration mission*

[424] De plus, quel que soit le jugement porté sur le bon positionnement du HCDPC, le besoin d’une instance de dialogue avec les employeurs reste entier, d’autant que dans le contexte actuel les fédérations risquent de perdre complètement de vue le DPC qui va être éclipsé par les enjeux associés à la certification ; les salariés, s’ils sont certes quant à eux réputés représentés par les CNP, ne le sont toutefois qu’avec les réserves évoquées à la section précédente.

[425] Par ailleurs, l’exclusion des employeurs rompt le seul lien qui existait indirectement entre l’agence et les ODPC. Un ODPC commercial rencontré par la mission lui a au demeurant retransmis une réponse de l’agence dans laquelle celle-ci proposait la création de « clubs utilisateurs »¹²⁴ et ce « pour tester par exemple avec eux certains pans de son système d’information et son ergonomie, définir l’information nécessaire à fournir aux ODPC ». Interrogée à ce sujet, la directrice générale a toutefois confirmé l’absence de mise en œuvre à ce stade, compte tenu selon elle de la difficulté à sélectionner les participants au regard de la multiplicité des ODPC (ce qui fait écho à la non-concrétisation d’initiatives telles qu’une « journée du DPC », pourtant

¹²⁴ Réponse du 16 décembre 2021 à la Fédération des Acteurs du Développement Professionnel Continu en Santé.

évoquée dès 2019 mais à propos de laquelle l'agence avait commencé par faire part des mêmes interrogations, cf. section 3.1 *supra*).

[426] En effet, une véritable structuration du lien avec les ODPC est indispensable alors qu'aujourd'hui les seules modalités de communication restent des mailings « descendants » ciblant l'ensemble d'entre eux, sans aucune possibilité d'échange autre que fortuit, qu'il s'agisse d'appels in fine décrochés par l'agence (sans permanence de l'interlocuteur) et de rencontres dans le cadre d'événements spécialisés. Ainsi, dans le cas de nouvelles exigences relatives à la facturation pouvant mettre en difficulté les organismes (traçabilité des présences aux actions non-présentielles), Orion santé a indiqué n'avoir pu avoir accès à une responsable de l'ANDPC que grâce à une rencontre fortuite à un salon infirmier.

[427] De plus, les mailings peuvent rester elliptiques ou peu anticipateurs sur certains sujets, qu'il s'agisse par exemple du risque de modifications tardives des fiches de cadrage des orientations prioritaires (cf. section 1.2.2.4 de l'annexe 4) ou encore de l'annonce, uniquement à très bas bruit, d'un changement du taux de TVA applicable (dans ce dernier cas, les organismes devaient ouvrir une pièce jointe d'un mailing relatif à l'ouverture des inscriptions aux actions de DPC, titrée « critères et procédures de prise en charge des actions de DPC », et noter la mention en pages 10 ou 17 que « pour rappel [NDLR : ce n'était pas un rappel] le DPC est un dispositif distinct de la formation professionnelle tout au long de la vie tel que figurant dans le code du travail, par conséquent, l'article 261 du code général des impôts ne peut pas s'appliquer. Toutes les factures faisant référence à cet article seront rejetées afin d'être annulées par un avoir et réémises en intégrant la TVA ».

Selon l'ANDPC elle-même, l'ACCME américaine est bien davantage dans la co-construction

L'agence a communiqué à la mission son 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. On y lit que « L'ACCME est dans une démarche d'accompagnement des organismes qu'il accrédite et produit constamment des ressources d'aide. Les organismes participent à cette dynamique d'amélioration continue en étant en interaction entre eux (partage d'expérience, groupe de travail, mentorat...) et avec l'ACCME. Ainsi (tout au moins en vitrine), il existe une véritable communauté CME que l'ACCME fait vivre pour améliorer la qualité des activités CME délivrées (non accréditées) ». Or « à ce jour, l'ANDPC accompagne les organismes à distance et cet accompagnement relève d'une dynamique de contrôle ou de procédure administrative. L'Agence pourrait gagner en image à accompagner une dynamique positive du DPC en France au-delà des procédures : les DPC grand angle y étaient une réponse et la mise en œuvre d'une rencontre régulière via les journées du DPC pourrait en faire partie. La mobilisation des ODPC et des professionnels de santé semble également essentielle pour asseoir l'importance du DPC ».

4 La gouvernance d'ensemble de l'évaluation et de la qualité s'avère complexe

4.1 La complexité de l'articulation des rôles de l'agence et de la HAS fragilise le cadre de référence du DPC, dont certains acteurs sont tentés de s'affranchir

[428] La Directrice générale de l'agence a souvent évoqué la « *non-appropriation des méthodes HAS par les ODPC* », « *notamment des méthodes d'EPP et de gestion des risques* » avec « *de nombreux allers-retours (jusqu'à 15 pour certaines [actions])* » à la faveur du contrôle de conformité préalable à la publication des actions¹²⁵. Elle constatait lors de la séance du HCDPC du 19 décembre 2018 que « *les organismes ignorent massivement ce qu'est l'EPP et le constat montre qu'ils l'assimilent souvent à des pré/post tests* », affirmant au conseil de gestion du 12 juin 2019 que « *les méthodes HAS ne sont ni lues ni comprises par les organismes* ». De tels constats pourraient suggérer que l'enjeu se limite à favoriser une meilleure appropriation des méthodes HAS par les organismes.

[429] Le sujet est pourtant plus complexe. En effet, comme la directrice générale a également pu l'indiquer, « *de nombreux organismes signalent que toutes les méthodes d'EPP et de gestion des risques ne sont pas très adaptées à l'ensemble des professions* »¹²⁶ ; telle a effectivement été la position d'un certain nombre d'interlocuteurs de la mission, par exemple le Conseil national de l'Ordre des pharmaciens, qui a signalé que les méthodes relatives à l'EPP et à la GDR sont davantage adaptées à l'exercice hospitalier et nécessiteraient une adaptation à l'exercice en officine, dans l'industrie ou encore la distribution en gros. Quelques autres ODPC ont plus fondamentalement indiqué à la mission qu'ils jugeaient les méthodes HAS « impraticables ».

[430] Dans ce contexte complexe, la Directrice générale a cherché à échanger avec la HAS. Toutefois, un nombre significatif d'ODPC ont au contraire indiqué à la mission qu'ils n'ont pas de difficultés à s'approprier les méthodes de la HAS pour les déployer de manière adaptée, et que c'est l'agence qui en complique la mise en pratique. De même, plusieurs CNP se sont plaints de l'immixtion de l'agence dans ce domaine pour lequel ils ne la jugent pas légitime, alors que le CSP prévoit qu'ils « *proposent, en liaison avec le HCDPC, les adaptations qu'ils jugent utiles des méthodes de DPC définies par la HAS* »¹²⁷.

¹²⁵ Conseil de gestion du 13 mars 2019

¹²⁶ Conseil de gestion du 16 septembre 2021

¹²⁷ Article D. 4021-2, II 2° du CSP

La méthode « vignette clinique » illustre les flottements institutionnels et la capacité des CNP à s'en saisir

La FSM a notamment fait état d'un désaccord avec l'agence concernant les conditions de validité du recours à la méthode dite des « vignettes cliniques¹²⁸ ». Ceci l'a conduite à se tourner vers la HAS pour que la rédaction soit modifiée. Le changement réclamé a été officialisé en février 2022. La directrice générale de l'ANDPC a indiqué déplorer de ne pas avoir été consultée sur cette modification, et a signalé à la mission qu'il s'en est ensuivi un vif échange entre la HAS d'un côté, l'ANDPC, les présidents de CSI, et le président du HCDPC de l'autre (ce qu'ont confirmé à la mission les présidents de CSI, lors d'une autre réunion). Selon la directrice de l'ANDPC, la HAS n'est pas parvenue à définir ce qu'était une vignette complexe ni en quoi repasser les mêmes vignettes évaluait bien la pratique et non la mémoire. La HAS a effectivement confirmé à la mission qu'elle imposait en la matière des contraintes moins fortes que celles exigées par l'ANDPC, assumant d'avoir été un peu plus « large » que la littérature, au nom du pragmatisme. L'agence a finalement envoyé un mailing aux ODPC à l'automne 2022 pour indiquer que « *les vignettes cliniques ne permettant d'interroger la pratique qu'autour de cas théoriques, il sera désormais demandé, sur la base de la jurisprudence des CSI, la mise en œuvre d'une autre méthode d'EPP en réévaluation afin que l'action soit reconnue comme action d'EPP ou de programme intégré* ».

[431] La HAS a plus généralement indiqué à la mission qu'elle est régulièrement amenée à recevoir des CNP qui la sollicitent. Ce contexte de flottements entre l'ANDPC et la HAS ne peut qu'inciter davantage certains ODPC à s'interroger sur le fait d'avoir à justifier d'une action (par exemple de vignette clinique) en tous points conforme au référentiel HAS.

[432] Ainsi, l'articulation entre la HAS, chargée de l'élaboration des méthodes de DPC, les CNP, chargés de proposer des adaptations à ces méthodes, et l'ANDPC, chargée de la vérification de leur bonne application dans les actions de DPC, reste globalement difficile à comprendre pour les professionnels et les ODPC. Une indication figurant sur le masque de saisie des actions élaboré par l'agence illustre toute la subtilité de la différence de positionnement : « *vous devez vous appuyer sur les attendus définis par la Haute Autorité de santé dans la fiche méthodologique correspondante ainsi que sur les attendus définis par l'Agence pour un déploiement adapté au sein des actions DPC* ».

[433] La mission relève d'ailleurs qu'aux Etats-Unis, c'est la même agence accréditrice ACCME qui joue les deux rôles. Toutefois, le bicéphalisme qui prévaut en France va être appelé à perdurer, puisque le nouveau décret du 8 mars 2023 demande explicitement au HCDPC de « *favoriser l'appropriation des méthodes de DPC élaborées par la HAS pour la conception d'actions de DPC* » (cf. section précédente).

[434] Le besoin que les deux entités parlent d'une seule voix va donc subsister, et ce d'autant plus que les nouvelles propositions de « parcours de DPC » émanant des CNP sont en train d'étendre le champ d'éligibilité à des actions se situant dehors du cadre des méthodes validées par la HAS. Ainsi, la proposition de parcours de la FSM indique que les actions éligibles « *sont soit empruntées à la liste des méthodes de DPC établies par la HAS et actualisées en juin 2019, soit des actions qui*

¹²⁸ Cas cliniques associés à des questionnaires de pratiques.

ont été considérées par les responsables du CNP comme importantes pour le DPC d'un médecin de leur spécialité. Ces dernières ne sont pas considérées comme des méthodes HAS mais peuvent être intégrées au cas par cas dans le Parcours de DPC après avoir reçu un label CNP » (cf. annexe 4, partie 2).

4.2 Si l'acceptation finale d'une action revient légitimement à l'agence, il serait possible de mieux tracer les avis initiaux des commissions scientifiques en cas de désaccords

[435] L'article R. 4021-25 du CSP dispose que les actions « sont évaluées par les commissions scientifiques indépendantes » mais « sous la responsabilité de l'Agence nationale du développement professionnel continu ».

[436] Autrement dit, ce sont les services de l'agence qui sont décisionnaires en dernier ressort, notamment car c'est à l'agence qu'il revient de gérer d'éventuels recours liés aux décisions. Ainsi, toutes les réunions en commissions scientifiques indépendantes (CSI) plénières sont réalisées en lien avec des membres de l'ANDPC, au titre de leurs compétences juridiques.

[437] Toutefois, dans le SI interne de l'agence, consulté par la mission, seuls les avis collégiaux des CSI sont indiqués, mais pas leurs considérants, seules étant consignées les notifications finales effectuées par l'agence. Ceci pose un problème d'auditabilité dans un contexte où l'immixtion de l'agence dans le cadre d'un second niveau de contrôle scientifique et pédagogique¹²⁹ est diversement vécue par les acteurs du DPC, par exemple certains CNP tels que le CNPI (mais d'autres pointent volontiers que les CSI n'ont pas toujours raison ; ainsi à la séance du HCDPC du 14 novembre 2019 la FSM déclare que « le CSI ne sont pas infaillibles. Elles peuvent parfois se tromper »). La mission estime que ce manque d'auditabilité peut notamment s'avérer déresponsabilisant sur le long-terme, pour les CSI comme pour les équipes de l'agence. Surtout, elle remarque que dans l'hypothèse où l'agence détecterait a posteriori des liens d'intérêts concernant un membre de CSI ou un membre de ses services, l'absence de traçabilité du processus décisionnel entraverait l'analyse de l'impact de possibles conflits d'intérêt sur les décisions prises. L'agence a d'ailleurs indiqué à la mission être « en train de revoir le SI des CSI en ce sens ».

[438] La mission a pu constater que la proportion de dossiers dans lesquels l'agence ne suit pas l'avis des CSI reste modeste ; mais elle n'est pas négligeable. En effet, comme en atteste le tableau 8 de l'annexe 5 relatif à l'exercice 2021, les « écarts larges » en matière de premiers avis (coexistences d'un avis défavorable et d'un avis favorable) concernent 7,5 % des dossiers. L'agence suit en revanche exactement l'avis des CSI dans près de 80 % des cas. Enfin, dans 12,5 % des cas les écarts sont mineurs Il s'agit par exemple de 82 avis favorables avec recommandations suggérées par les CSI, qui deviennent des avis favorables sans recommandations dans leur notification par l'agence, qui a indiqué à la mission qu'elle procédait ainsi quand l'argumentaire des CSI ne lui paraissait pas assez probant pour être présenté aux ODPC sans mettre en péril la crédibilité de l'agence.

¹²⁹ Par opposition au « contrôle de conformité », cf. annexe 5.

[439] Lorsque les divergences d'appréciations entre les CSI et les services de l'agence sont substantielles, l'agence s'avère en moyenne moins clémente que les CSI, avec de sa part 61 avis défavorables pour 37 avis favorables. Mais ce différentiel de 24 avis ne représente que moins de 2 % des 1304 actions évaluées en CSI en année pleine, ce qui semble démentir l'idée d'une agence inflexible dont les exigences iraient substantiellement au-delà des attentes des professionnels compétents que sont censés être les membres de CSI.

[440] Il en va de même pour les seconds avis, qui interviennent si l'ODPC souhaite faire valoir des observations suite à un premier avis (négatif) : la proportion des écarts significatifs entre les CSI et les services de l'agence reste limitée à 11 %, tandis que les trois quarts des avis sont totalement similaires.

4.3 Les schémas de composition des CSI, ainsi que leur base réglementaire, interrogent

[441] L'article R. 4021-13 du CSP indique à son point II que :

- « Les membres des commissions scientifiques indépendantes sont nommés par le directeur général de l'Agence nationale du développement professionnel continu, sur proposition des conseils nationaux professionnels » ;
- « sauf cas particulier lié aux spécificités d'exercice de certaines professions, les commissions scientifiques indépendantes comprennent un représentant du service de santé des armées » ;
- « des représentants des ministres chargés de l'enseignement supérieur, de la recherche, de la santé et de la sécurité sociale peuvent participer, à titre consultatif, aux réunions des commissions scientifiques indépendantes » ;
- « en l'absence de conseils nationaux professionnels, les organisations syndicales représentatives de la profession ou de la spécialité concernée sont sollicitées pour proposer des professionnels répondant aux critères définis au deuxième alinéa ».

[442] Or, l'annexe à la convention constitutive du GIP indique :

- l'absence des CNP pour 15 professions qui en sont pourtant dotées : sage-femmes, médecins ainsi que 13 professions paramédicales relevant de la CSI éponyme : aides-soignants, ergothérapeutes, infirmiers, manipulateurs d'électroradiologie, masseurs-kinésithérapeutes, orthopédistes-orthésistes, orthophonistes, orthoprothésistes, orthoptistes, pédicures-podologues, podo-orthésistes, préparateurs en pharmacie et psychomotriciens (au sein de la CSI des professions paramédicales, seul est représenté le CNP des techniciens de laboratoire).
- la présence de représentants de certains ordres professionnels, proposés par les présidents desdits ordres... mais seulement dans le cas de 4 des 7 professions à ordre, car la CSI des professions paramédicales ne comporte aucun représentant des Ordres des infirmiers, des masseurs-kinésithérapeutes, et des pédicures-podologues ; à l'inverse la CSI des biologistes comporte un représentant de l'Ordre des médecins et un représentant de l'Ordre des pharmaciens, également représentés dans les CSI éponymes ; il n'est alors pas précisé par qui ces représentants sont désignés ;

- la présence de personnalités qualifiées proposées par les conférences des doyens de facultés (de médecine, de pharmacie, de chirurgie dentaire) proposés par les présidents de ces conférences ;
- dans le cas de la CSI des sages-femmes, la présence d'un représentant de la conférence nationale des enseignants en maïeutique, sans qu'il soit précisé qui le propose.

[443] Si un défaut de mise à jour de la convention constitutive peut expliquer l'absence de certains CNP (bien que 4 avenants soient pourtant intervenus en 2019, 2020 et 2021)¹³⁰, il ne peut expliquer la présence de membres non prévus par le CSP.

[444] L'absence de nombreux CNP est d'autant plus dommageable qu'elle contribue à découpler le processus d'élaboration des orientations prioritaires (qui est à leur main en dehors des orientations de politique nationale) et celui de l'évaluation scientifique et pédagogique des actions, alors que la participation à chaque processus peut s'avérer riche d'enseignements pour l'autre. Les représentants de syndicats au sein des CSI peuvent certes éventuellement appartenir aux CNP. Mais comme ils ne sont pas désignés par les CNP, il est probable que la coordination ne soit pas optimale.

[445] Par ailleurs la DGOS a signalé à la mission que la représentation dans les CSI des ambulanciers, des assistants dentaires ou des auxiliaires de puériculture ne pourra pas se faire via des CNP car ces professions n'ont pas fait la demande de reconnaissance en CNP (contrairement aux aides-soignants reconnus CNP depuis août dernier, qui ont contribué aux OPDPC 2023-2025).

[446] Le schéma actuel de composition des CSI interroge enfin par son manque de logique, par exemple :

- pourquoi une CSI des médecins et une CSI des biologistes, mais une seule CSI pour 20 professions paramédicales ?
- pourquoi 2 représentants d'ordres dans le cas des biologistes, mais aucun représentant d'ordres dans le cas de la CSI des professions paramédicales dont 3 sont dotées d'un ordre, et regroupent près de 40 % des professionnels de santé ?
- au sein même de la CSI des professions paramédicales, pourquoi 2 représentants des techniciens de laboratoire mais 3 pour les manipulateurs d'électroradiologie ou pour les préparateurs en pharmacie, pourtant moins nombreux ?

[447] Ces choix dont les motifs sont peu documentés aboutissent par ailleurs à un fort désajustement entre la répartition de la charge des actions à évaluer, et la répartition des moyens des instances, évoqués plus en détail dans l'annexe 5 relative à la régulation de l'offre de DPC.

¹³⁰ L'agence indique que cette annexe « est totalement obsolète » et avoir bien fait appel aux CNP pour proposer les membres ; ceci ne fait que renforcer la conviction de la mission quant à la nécessité de mettre à jour ladite annexe.

5 L'agence a su instaurer une cogestion efficace avec les sections professionnelles, dont les modalités de désignation des membres appellent toutefois une réflexion

5.1 La fluidité des échanges en conseil de gestion illustre que l'agence est parvenue à impulser une dynamique de travail constructive avec les sections professionnelles

[448] Lors de leur entrevue avec la mission, les représentants de sections professionnelles ont globalement évoqué le fonctionnement des conseils de gestion en termes positifs. Cela recouvre non seulement la coopération entre sections, mais aussi la collaboration avec l'agence. Ainsi, un représentant a noté que les prévisions ne sont pas mauvaises, et qu'il y a eu du perfectionnement, ce qu'une autre représentante a corroboré aussitôt. Cette dernière a par ailleurs précisé que les documents ne sont presque plus jamais remis sur table, mais envoyés avec un délai de prévenance convenable. Un troisième représentant a plus globalement évoqué sa satisfaction par rapport aux informations communiquées par l'agence, et un quatrième a qualifié les relations avec l'agence d'« efficaces ». Il a toutefois ajouté qu'au vu des enveloppes dévolues au DPC, il est manifeste que l'objectif n'est pas que la totalité des professionnels valident leur DPC, quand bien même il s'agit officiellement d'une obligation (mais ceci ne met pas en cause l'agence).

[449] La consultation des comptes-rendus de conseils de gestion indique par ailleurs une logique de travail sachant dépasser l'intérêt propre aux différentes professions. Ainsi la Directrice générale de l'agence a-t-elle expliqué au conseil de gestion du 11 septembre 2019 qu'« *il est inutile de donner de l'argent [aux sections] qui n'en ont pas besoin à ce stade de l'année. On quitte les équilibres de répartition politique pour passer sur de l'optimisation de fin d'année* » ; elle va plus loin au conseil suivant du 27 novembre 2019 en remarquant que le budget primitif lui-même doit « *tenir compte des consommations antérieures* » et « *ne peut pas s'établir à partir d'une construction fictive qui sanctuariserait des sommes qui ne seront pas utilisées* ». L'acceptation de telles approches par les sections permettra à la Directrice générale de « *saluer* » et « *remercier l'ensemble des présidents* » lors du conseil du 2 décembre 2020. En effet elle constate alors que les deux mécanismes de fongibilité asymétrique¹³¹ et de fongibilité inter-enveloppes « *ont profité à toutes les sections, à des moments différents* ». De même, le président salue au conseil du 9 avril 2021 « *une belle démonstration de la fongibilité entre toutes les professions et remercie la section professionnelle du Conseil* ».

[450] Une telle attitude collective est cruciale car, comme le remarquait la représentante de la CNAM à l'AG du 25 avril 2018 « *une sous-consommation fragilise le système dans son ensemble, il faut faire la démonstration que les fonds sont utilisés pour former un maximum de professionnels* ». A cet égard, la représentante du CGEFI notait dès l'AG du 28 novembre 2018 que « *l'agence a réussi à bouger les lignes avec la mise en place de la fongibilité des enveloppes de DPC* ».

¹³¹ Autorisant à réaffecter au DPC une partie du budget de fonctionnement de l'agence si celui-ci s'annonce sous-exécuté, cf. annexe 2

5.2 La désignation des membres des sections professionnelles constitue une survivance de la gestion conventionnelle, et appelle à des réflexions sur le cadre applicable

[451] Les membres des sections professionnelles (SP) qui constituent la « section professionnelle » du conseil de gestion (cf. section 1.2 *supra*) sont des représentants des organisations syndicales représentatives au niveau national¹³² pour les professions éligibles à la prise en charge de l'agence. L'ANDPC les nomme donc sur proposition des organisations syndicales concernées.

[452] L'agence a toutefois adressé le 09 février 2021 à la DGOS une note sur la gestion par l'ANDPC des liens d'intérêts des membres des SP, dans laquelle elle a souligné que les syndicats qui y sont représentés ont « presque tous un lien plus ou moins direct avec des ODPC dont on sait qu'ils participent à leur financement », et évoqué un risque de contentieux en mettant le précédent élément de contexte en regard :

- de l' « évolution de la doctrine en matière de droit administratif, où prévaut la doctrine des apparences » ;
- d'une « montée des positions dénonçant la mainmise des syndicats dans la gestion des enveloppes dans un environnement éminemment concurrentiel ».

[453] Cette note, basée sur les constats du comité d'éthique du 20 janvier 2021, avait d'ailleurs été assortie, en annexe, d'un extrait du compte-rendu de ce comité. Certes, a priori les sections professionnelles ne font que répartir les crédits entre professions, n'ayant normalement pas à traiter de tel ou tel ODPC en particulier. Le président du GIP a néanmoins eu l'occasion d'illustrer les problèmes posés par la composition des SP, indiquant par exemple à l'AG du 24 novembre 2021 que « *le tout appel d'offres n'est pas audible par les représentants syndicaux qui siègent actuellement dans les sections professionnelles de l'agence* ». La Directrice générale de l'agence a quant à elle communiqué à la mission des échanges avec les membres d'une section professionnelle qui faisaient état de propositions de fixation de plafonds d'heures par rapport à l'offre d'un ODPC particulier. Les professionnels concernés indiquaient toutefois n'avoir aucun lien d'intérêt, évoquant leur DPI à l'appui.

[454] L'agence est ainsi allée jusqu'à exprimer le souhait d'un « *retour des tutelles CNAM et Etat au sein des sections professionnelles* », en les rendant ainsi paritaires, afin de faire passer des messages de régulation et de cadrage, comme elle l'a notamment exprimé lors du dialogue de gestion du 08 juillet 2021. Cette proposition a été réitérée dans la note blanche¹³³ d'avril 2022 (proposition n°19)

¹³² En application de l'article L. 162-33 du Code de la Sécurité sociale.

¹³³ Déjà évoquée dans l'encadré de la section 2.4 *supra*.

6 Le contrôle des déclarations d'intérêt des membres des diverses instances et équipes de l'agence présente des failles

[455] Les sections professionnelles ne constituent pas une instance dans le cadre de laquelle les professionnels ont beaucoup à connaître de dossiers individuels des ODP. Tel n'est en revanche pas le cas des membres d'autres instances telles que les CSI, ou de certaines équipes de l'agence.

[456] L'article R. 4021-19 du CSP dispose que « *les membres des instances de l'Agence nationale du développement professionnel continu (...) sont soumis aux obligations prévues à l'article L. 1451-1, à l'article L. 1453-3 et au premier alinéa de l'article L. 4113-13. En cas de manquement à ces obligations, l'autorité de nomination peut, après avoir mis l'intéressé à même de présenter ses observations, mettre fin à ses fonctions de membre d'une instance* ». En pratique, le renvoi à l'article L. 1451-1 du CSP implique notamment l'établissement d'une déclaration publique d'intérêts lors de la prise de fonctions, « *actualisée à l'initiative de l'intéressé* », les personnes visées ne pouvant « *prendre part aux travaux, aux délibérations et aux votes des instances au sein desquelles elles siègent qu'une fois la déclaration souscrite ou actualisée* ».

[457] L'article R. 1451-3 du CSP précise à son point I que les déclarations d'intérêts sont établies et actualisées par télédéclaration sur un site internet unique, et que le déclarant est tenu de vérifier chaque année sa déclaration. La charte d'éthique finalisée en 2018 rappelle, dans sa première partie relative aux membres des instances, les différents éléments précédents ainsi que le fait que la déclaration porte sur les « *liens d'intérêt de toute nature, directs ou par personne interposée, noués pendant les cinq années précédant [la] prise de fonction avec les entreprises ou organismes entrant dans le champ de compétence de l'agence* ».

[458] La direction de l'agence a indiqué lors du dialogue de gestion du 23 juin 2020 que « *les procédures de déclaration d'intérêt des membres des instances sont opérationnelles* », faisant notamment référence à la charte d'éthique. De fait :

- chacune des CSI dans sa composition renouvelée a d'ailleurs procédé à une première réunion d'installation notamment destinée à présenter aux nouveaux membres les principes éthiques et déontologiques ;
- dans le cas des sections professionnelles, la direction de l'agence a rappelé les obligations relatives aux déclarations d'intérêt lors du conseil du 2 décembre 2020 ;
- enfin, dans le cas du HCDPC, la séance du 10 avril 2019 a été l'occasion de rappeler que « *chaque membre proposé doit remplir une DPI, laquelle doit être examinée afin de s'assurer de l'absence d'incompatibilité* ». A aussi été évoquée la plateforme unique via laquelle la gestion de l'ensemble des DPI des membres des commissions œuvrant dans le domaine de la santé a été confiée au ministère de la santé (le compte-rendu faisant état de « *difficultés de fonctionnement, notamment pour la reprise des données des différentes agences sanitaires* »). L'agence avait alors invité les personnes souhaitant actualiser leur DPI à se rendre directement sur ce site.

[459] L'agence a indiqué à la mission :

- qu'une fois la DPI réalisée sur le site unique <https://dpi.sante.gouv.fr/dpi-public-webapp/app/consultation/accueil>, celle-ci est vérifiée au regard de la Charte éthique par les

services compétents, le service des affaires juridiques et contrôles et le Comité d'éthique intervenant en appui, en cas de difficulté ou doute ;

- que s'il y a un problème, c'est l'agence qui signale et qui peut refuser de nommer ;
- que dans l'hypothèse où la DPI ne relève aucun conflit d'intérêts, elle est validée et publiée sur le site unique DPI par les services compétents ;
- que le service juridique demande à tous les membres d'actualiser annuellement la DPI.

[460] Mais l'agence a aussi souligné que « d'une manière générale, il est très compliqué de vérifier que chaque membre des instances a bien validé sa DPI, de façon annuelle, compte tenu de leur nombre alors même que la plateforme du site unique leur adresse chaque année un message électronique afin de leur demander de bien la valider ».

[461] De fait, la consultation du site DPI santé par la mission pour les seuls présidents du HCDPC, des CSI et des sections professionnelles (cf. encadré ci-après) interroge sur le contrôle qui est fait par l'agence du dépôt et de l'actualisation régulière des déclarations.

De nombreuses non-conformités en matière de dépôt et d'actualisation de DPI des membres des instances

Le président du HCDPC nommé en janvier 2021 n'a pas déposé de DPI à la différence de l'ancienne vice-présidente.

S'agissant des Présidents des CSI :

Dans 3 cas on ne trouve aucune DPI ;

Dans un quatrième cas la DPI la plus récente date de 2018 ;

Dans un cinquième cas la DPI la plus récente date de 2021

S'agissant des Présidents des SP :

Dans 2 cas on ne trouve aucune DPI ;

Dans un troisième cas la DPI la plus récente date de 2018 ;

Dans un quatrième cas la DPI la plus récente date de 2019 ;

Dans deux autres cas encore, la DPI la plus récente date de 2021.

[462] La mission a donc demandé à l'agence de préciser qui est, en principe, en charge du contrôle afférent pour chacune des instances ainsi que les raisons pour lesquelles il n'a pas été effectué. L'agence a en retour évoqué des éléments d'explication dont la mission relève le nombre et le caractère hétéroclite :

- des bugs du site unique DPI santé ;
- le recueil par ses soins de DPI « sous format papier » qu'elle a dit tenir à disposition de la mission (qui souligne pour sa part que des documents « papier » ne sauraient en tout état de cause être considérés comme des DPI, puisqu'ils ne sont pas publics) ;
- son invitation aux membres, une fois nommés, « à se connecter au site unique et à remplir leur DPI en ligne » et les « nombreuses relances » associées – la mission constatant

néanmoins que le fichier les retraçant ces opérations montre qu'elles ne sont dans certains cas plus intervenues depuis 2019 ;

- son ignorance du fait que pour ceux des membres qui avaient rempli leur DPI en ligne, la publication de cette dernière était conditionnée à sa validation par l'agence ;
- une impossibilité pratique de vérifier l'actualisation annuelle des DPI des membres des CSI, dont certaines comptent jusqu'à 50 membres ;
- une crainte de « faire des vagues » en cas de retrait des fonctions des personnes faisant preuve d'un défaut d'observance, allant jusqu'à poser la question : pourrait-on se permettre de sortir un représentant de [nom de syndicat] qui n'aurait pas actualisé sa DPI ?

[463] Si les arguments techniques peuvent expliquer des déclarations tardives, les constats de la mission font apparaître deux défauts majeurs du dispositif de suivi des DPI mis en place par l'agence :

- son caractère « intermittent » : un tableau communiqué par l'agence montre bien que des défauts de DPI ont été détectés de la part de membres mais il fait apparaître que d'une part il ne concerne que les membres des sections professionnelles et que, d'autre part, aucune relance n'a été effectuée depuis avril 2021 ;
- l'absence d'application des dispositions réglementaires qui prévoient l'envoi d'une mise en demeure au membre d'une instance ne s'étant pas conformé à l'obligation de DPI, avant de mettre fin à ses fonctions si celle-ci n'est pas suivie d'effet.

[464] De plus, la charte d'éthique de l'agence prévoit, dans sa seconde partie relative au personnel de l'agence, que les membres de son comité de direction mettent à jour une fois par an une déclaration d'intérêt qui est rendue publique. Or la mission n'a trouvé sur le site DPI santé <https://dpi.sante.gouv.fr/dpi-public-webapp/app/consultation/accueil> :

- dans deux cas, que les déclarations 2020 et 2021 mais pas 2022 - les deux personnes concernées ont toutefois indiqué à la mission avoir déposé leur DPI actualisée sur le site ministériel ;
- dans un cas, une déclaration remontant à 2019.

[465] La Directrice générale a indiqué qu'un mail de relance automatique du site unique devrait systématiquement être reçu, mais qu'il ne l'est jamais et que cela explique que la dernière actualisation ait été omise.

[466] Enfin, les membres du « pool » en charge du contrôle de conformité des actions déposées auprès de l'agence par les ODPC sont tenus d'effectuer une déclaration d'intérêts (non publique) auprès de l'agence et à la mettre à jour au moins une fois par an, comme c'est également le cas des autres agents de l'ANDPC bénéficiaires d'une délégation de signature. La mission a donc demandé communication des déclarations des membres du pool. Or l'agence a indiqué ne pas demander de document formalisé, bien qu'elle ait tenu à souligner que les liens d'intérêt sont pour elle un point d'attention au niveau de l'embauche, avec la demande d'un déport pour toutes les personnes ayant travaillé au sein d'un ODPC dans les 5 dernières années.

[467] La Directrice générale a indiqué à la mission avoir demandé au service RH de mettre en œuvre dans les meilleurs délais les dispositions de la charte éthique, qui s'appliquent à toute personne dépositaire d'une délégation de signature hors CODIR.

ANNEXE 4 : La stratégie de déploiement du DPC

SOMMAIRE

1	UN DISPOSITIF TRES AMBITIEUX QUI NE S'EST PAS ACCOMPAGNE DE LA MISE EN PLACE DES LEVIERS NECESSAIRES A SON DEPLOIEMENT ET A SON SUIVI	143
1.1	LE DPC CONCERNE L'ENSEMBLE DES PROFESSIONNELS DE SANTE, MAIS SEULS UNE PARTIE D'ENTRE EUX SONT PRIS EN CHARGE PAR L'AGENCE.....	143
1.1.1	<i>Le DPC vise l'ensemble des professions de santé définies par le CSP, dont le nombre mal connu avoisinerait les 2 millions.....</i>	143
1.1.2	<i>Héritière de l'OGC, l'ANDPC ne gère activement que le DPC des seuls professionnels qu'elle finance, soit environ un quart de la population cible.....</i>	146
1.2	TOUS LES PROFESSIONNELS SONT EN REVANCHE AUJOURD'HUI TRIBUTAIRES D'UNE LISTE D'ORIENTATIONS PRIORITAIRES POUR VALIDER LEUR DPC	150
1.2.1	<i>Le champ du DPC suivi par l'agence se limite aux actions qu'elle publie s'inscrivant dans les orientations prioritaires.....</i>	150
1.2.2	<i>Le processus d'élaboration des orientations prioritaires suscite des tensions entre l'ANDPC et les CNP.....</i>	152
1.2.3	<i>Le processus de publication des actions apparaît lourd à de nombreux acteurs, ce qui ajoute à la perception d'une gestion restrictive du DPC.....</i>	158
1.2.4	<i>Les actions publiées sont loin de couvrir l'ensemble des besoins des différentes professions dans les différentes catégories nécessaires à la validation du DPC.....</i>	164
1.3	DANS LE CONTEXTE D'UNE GESTION CENTRALISEE DU DPC PAR L'AGENCE, LA MISE EN ŒUVRE ET LE SUIVI DU DPC DES SALARIES SONT DELAISSES	172
1.3.1	<i>L'équation financière de la formation des salariés n'est aujourd'hui pas favorable à l'essor du DPC.....</i>	172
1.3.2	<i>Les employeurs, qui ont leurs propres besoins et contraintes, ne priorisent pas les OP et actions de DPC dans leurs plans de formation.....</i>	178
1.3.3	<i>L'accès des salariés à des actions de DPC est en outre compliqué par le manque d'information et les tensions sur les effectifs.....</i>	182
1.3.4	<i>Le dépôt des actions des ODPC employeurs apparaît trop complexe eu égard à l'organisation interne de la plupart d'entre eux, notamment en matière d'EPP et GDR.....</i>	187
1.3.5	<i>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.....</i>	191
1.3.6	<i>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.....</i>	194
2	LA NECESSITE D'ASSURER LA COHERENCE AVEC LE NOUVEAU DISPOSITIF DE CERTIFICATION PERIODIQUE DES PROFESSIONS A ORDRE CONDUIT CERTAINS DES CNP CONCERNES A ELARGIR LE PERIMETRE DU DPC BIEN AU-DELA DES ACTIONS FIGURANT AU CATALOGUE DE L'AGENCE	196
2.1	LES OBJECTIFS DES DEUX DISPOSITIFS SE RECOUPENT TRES LARGEMENT, APPELANT UNE ARTICULATION ETROITE ET LISIBLE POUR LES PROFESSIONNELS CONCERNES.....	196

RAPPORT IGAS N°2022-077R – TOME 2 ANNEXES

2.2	LA CONSTRUCTION EN COURS DU DISPOSITIF DE CERTIFICATION S'ORIENTE VERS LA DEFINITION D'UN LARGE PERIMETRE D' ACTIONS ELIGIBLES	198
2.2.1	<i>Le nouveau dispositif est encore en cours de construction</i>	198
2.2.2	<i>Les premiers travaux montrent une volonté des parties prenantes de retenir un périmètre d'actions des blocs 1 et 2 plus large que celui du DPC</i>	199
2.2.3	<i>Dans ce cadre, la satisfaction de deux obligations triennales de DPC devrait entraîner la validation des blocs 1 et 2 de la certification</i>	202
2.3	LE RISQUE DE NON-VALIDATION DU DPC MALGRE L'OBTENTION DE LA CERTIFICATION CONDUIT CERTAINS CNP A ELABORER DES PARCOURS DE DPC ENGLOBANT D'AUTRES ACTIONS QUE CELLES DU CATALOGUE DE L'AGENCE	202
2.3.1	<i>Le périmètre large des blocs 1 et 2 de la certification pourrait conduire à la certification d'un professionnel sans qu'il satisfasse à son obligation de DPC.....</i>	202
2.3.2	<i>Les CNP des médecins et pharmaciens se sont déjà engagés dans l'élaboration de parcours de DPC à périmètre large, cohérents avec leurs projets de référentiels de certification</i>	203
2.4	CETTE EVOLUTION SOULEVE CEPENDANT DES INTERROGATIONS SUR LES MODALITES D'EVALUATION DE LA QUALITE DES ACTIONS SUIVIES ET SUR LES RISQUES DE MULTIPLICATION DES OUTILS DE SUIVI DES PARCOURS	211
2.5	LA CERTIFICATION PERIODIQUE IMPOSE UNE NECESSAIRE CLARIFICATION DU PERIMETRE DU DPC.....	212
2.6	LE DISPOSITIF D'EVALUATION DE LA QUALITE DES ACTIONS PRISES EN COMPTE DANS LES PARCOURS DE DPC ET LA CERTIFICATION PERIODIQUE RESTE TOUTEFOIS A DEFINIR	213

1 Un dispositif très ambitieux qui ne s'est pas accompagné de la mise en place des leviers nécessaires à son déploiement et à son suivi

1.1 Le DPC concerne l'ensemble des professionnels de santé, mais seuls une partie d'entre eux sont pris en charge par l'agence

1.1.1 Le DPC vise l'ensemble des professions de santé définies par le CSP, dont le nombre mal connu avoisinerait les 2 millions

[468] La mission s'est efforcée de recenser les professions de santé soumises à l'obligation de DPC, les références correspondantes du code de la santé publique (CSP), le cadre conventionnel avec la CNAM, et, élément sans doute le plus ardu, les effectifs de professionnels.

[469] S'agissant des dispositions réglementaires, le champ d'application de l'obligation de DPC s'étend à l'ensemble des professionnels de santé définis comme tels par la quatrième partie du code de la santé publique -c'est-à-dire :

- les professions médicales mentionnées au livre Ier : médecins (titre III), chirurgiens-dentistes (titre IV), sage-femmes (titre V) ;
- les professions de la pharmacie et de la physique médicale, mentionnées au livre II : pharmaciens (titres I à III), préparateurs en pharmacie et préparateurs en pharmacie hospitalière (titre IV), physiciens médicaux (titre V) ;
- les auxiliaires médicaux mentionnés au livre III : infirmiers (titre Ier), masseurs-kinésithérapeutes et pédicures-podologues (titre II), ergothérapeutes et psychomotriciens (titre III), orthophonistes et orthoptistes (titre IV), manipulateurs d'électroradiologie médicale et techniciens de laboratoire médical (titre V), professions de l'appareillage (titre VI : audioprothésistes, opticiens-lunetiers, prothésistes et orthésistes comprenant : les orthoprothésistes, les podo-orthésistes, les ocularistes, les épithésistes et les orthopédistes-orthésistes) et diététiciens (titre VII) ;
- et les autres professions mentionnées au titre IX du livre III : aides-soignants, auxiliaires de puériculture, ambulanciers, assistants dentaires.

[470] Le champ d'application du DPC s'étend aussi à des professionnels de santé définis comme tels par la sixième partie du code (au chapitre III du titre Ier du livre II) dans le cas des biologistes médicaux, quel que soit leur mode d'exercice, salarié ou libéral.

[471] Au total, les dispositions précédentes listent ainsi 28 professions¹³⁴. Il s'agit donc d'un champ très large, que même le tableau suivant, pourtant volumineux, conduit à sous-estimer.

¹³⁴ Si l'on ne distingue pas les préparateurs en pharmacie hospitalière, et si l'on substitue aux prothésistes et orthésistes les 5 professions consécutivement listées.

[472] En effet si l'on n'y trouve que 28 professions, cet effectif augmente à 32 si l'on prend en compte les 4 spécialités infirmières IADE, IBODE, IPDE et IPA (la non-prise en charge des ambulanciers¹³⁵ à ce jour parachève l'explication du chiffre parfois avancé par l'agence¹³⁶ de 31 professions). De plus, certaines autres de ces professions comptent toutefois de nombreuses spécialités (plusieurs dizaines dans le cas des médecins) ou « sections » au sens du conseil de l'ordre en fonction du mode d'exercice et de l'environnement professionnel (dans le cas des pharmaciens). En particulier, plusieurs de ces professions voient coexister salariat et activité libérale. Certaines autres sont parfois des professions non-salariées sans pour autant être des professions libérales (notamment dans le domaine de l'appareillage médical).

[473] 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).

[474] Concernant les effectifs, la mission a dû recourir à diverses sources Drees par définition inhomogènes pour établir le tableau ci-après, avec des données au 1^{er} janvier 2022 par défaut, mais dans certains cas plus anciennes de plusieurs années. Il s'agit donc d'une tentative d'objectiver un panorama des ordres de grandeur, et non pas d'un dénombrement dans les règles de l'art statistique – un tel dénombrement consolidé des professions de santé étant apparemment inexistant à ce jour.

[475] Par ailleurs, la mission n'a pas totalement suivi l'approche de la Drees qui consiste à comptabiliser les seuls professionnels de moins de 62 ans, libéraux comme salariés : il existe en effet un faisceau de présomptions indiquant que les professions médicales (libérales ou salariées) ainsi que les autres professions non-salariées partent en moyenne en retraite plus tard. Dans leur cas, l'idéal aurait par exemple été de comptabiliser les moins de 65 ans, mais les données disponibles sur le site de la DREES ne le permettent pas. En pareil cas la mission a donc comptabilisé l'ensemble de l'effectif, ce qui peut conduire à une surestimation (en incluant certains retraités, selon les modalités de tenue des données sous-jacentes). Le choix inverse d'un seuil à 62 ans aurait en tout état de cause conduit à une sous-estimation. En revanche, le choix de retenir les moins de 62 ans conduit encore, pour les personnels non médicaux salariés, à une surestimation des effectifs, les aides-soignants et une partie des infirmiers de la fonction publique hospitalière continuant à bénéficier de la catégorie active leur permettant de partir en retraite dès 57 ans¹³⁷.

¹³⁵ Voir section suivante

¹³⁶ C'est en effet le dénombrement qui figure dans la note interne relative à l'évaluation de l'impact du DPC du 31 juillet 2020, qui mentionne 31 professions de santé soumises à l'obligation de DPC, de même que la note envoyée aux tutelles du 15 septembre 2020 sur le même sujet, mais la note du 23 octobre 2020 envoyée à l'IRDES en mentionne 32.

¹³⁷ Les données de la CNRACL pour 2021 indiquent que 42,4 % des personnes liquidant leurs droits à la retraite sont en catégorie active, et le font à un âge moyen de 59,8 ans, soit 3 ans plus tôt que leurs homologues sédentaires.

Tableau 1 : Les professions soumises à l'obligation de DPC : éléments institutionnels et effectifs

Profession	Référence CSP	Existence d'un ordre professionnel	Convention assurance maladie (réf CSS)/salarié/LPPR	Existence d'une orientation prioritaire dédiée 2023-2025	Nombre de professionnels salariés en activité	Nombre de professionnels libéraux exclusifs ou mixtes en activité	Total nombre de professionnels en activité
infirmiers	partie IV, livre III, titre Ier	X	convention L162-2-2	X	514 287	135 027	649 314
aides-soignants	partie IV, livre III, titre IX		exercice salarié exclusif	X	416 000		416 000
médecins	partie IV, livre Ier, Titre III	X	convention L162-5	X	101 348	127 510	228 858
masseurs-kinésithérapeutes	partie IV, livre III, titre II	X	convention L162-12-9	X	15 934	75 551	91 485
auxiliaires de puériculture	partie IV, livre III, titre IX		exercice salarié exclusif		85 000		85 000
pharmaciens	partie IV, livre II, Titre I à III	X	convention L162-16-1	X	44 943	28 631	73 574
biologistes	partie VI, livre II, titre Ier, chapitre III	inclus dans les médecins / pharmaciens	convention L162-14	X	inclus dans les médecins / pharmaciens		
préparateurs en pharmacie	partie IV, livre II, Titre IV		exercice salarié exclusif	X	71 000		71 000
techniciens de laboratoire	partie IV, livre III, titre V		exercice salarié exclusif	X	44 339	21	44 360
chirurgiens-dentistes	partie IV, livre Ier, Titre IV	X	convention L162-9	X	6 919	37 226	44 145
ambulanciers	partie IV, livre III, titre IX		convention L 322-5-4 sans prise en charge DPC		43 000		43 000
opticiens-lunetiers	partie IV, livre III, titre VI		LPPR	X	32 496	10 354	42 850
orthophonistes	partie IV, livre III, titre IV		convention L162-9	X	3 551	28 273	31 824
manipulateurs d'électroradiologie	partie IV, livre III, titre V		exercice salarié exclusif	X	31 298		31 298
sage-femmes	partie IV, livre Ier, Titre V	X	convention L162-9	X	15 417	8 347	23 764
diététiciens	partie IV, livre III, titre VII		salarié ou libéral non conventionné	X	8 703	6 998	15 701
assistants dentaires	partie IV, livre III, titre IX		exercice salarié exclusif		15 221		15 221
psychomotriciens	partie IV, livre III, titre III		salarié ou libéral non conventionné	X	9 896	4 623	14 519
ergothérapeutes	partie IV, livre III, titre III		salarié ou libéral non conventionné	X	11 702	2 572	14 274
pédicures-podologues	partie IV, livre III, titre II	X	convention L162-9	X	178	13 782	13 960
orthoptistes	partie IV, livre III, titre IV		convention L162-9	X	2 534	3 478	6 012
orthoprothésistes	partie IV, livre III, titre VI		LPPR	X	2 942	1 676	4 618
épithésistes	partie IV, livre III, titre VI		LPPR				
ocularistes	partie IV, livre III, titre VI		LPPR				
podo-orthésistes	partie IV, livre III, titre VI		LPPR	X			
orthopédistes-orthésistes	partie IV, livre III, titre VI		LPPR	X			
audioprothésistes	partie IV, livre III, titre VI		LPPR	X	2 971	1 456	4 427
physiciens médicaux	partie IV, livre II, Titre V		exercice salarié exclusif	X	non recensés dans l'attente des textes		
TOTAL					1 479 679	485 525	1 965 204

Note de lecture : les professions sont classées par effectif total ; dans le cas des techniciens de laboratoire, la mission n'a pas pris le temps d'éclaircir si l'existence de 21 personnes à exercice libéral exclusif ou mixte ne relève que d'une erreur de mesure statistique et d'un statut atypique (auto-entreprenariat par exemple).

Source : Mission, diverses parutions ou bases de la Drees

1.1.2 Héritière de l'OGC, l'ANDPC ne gère activement que le DPC des seuls professionnels qu'elle finance, soit environ un quart de la population cible

1.1.2.1 L'ANDPC ne finance qu'un quart environ de la population cible

[476] Le financement est historiquement rattaché au système conventionnel régissant les soins de ville à travers neuf conventions libérales et une convention des centres de santé, l'accord national des centres de santé.

[477] Ainsi l'agence ne finance-t-elle que les seuls professionnels libéraux conventionnés. Ce qui revient à exclure 17 des 28 professions couvertes par l'obligation :

- 7 professions à exercice salarié exclusif (aides-soignants, auxiliaires de puériculture, préparateurs en pharmacie, manipulateurs d'électroradiologie, assistants dentaires, physiciens médicaux, et, sous réserve¹³⁸, techniciens de laboratoire) ;
- les 7 professions de l'appareillage, qui peuvent être exercées à titre salarié ou non-salarié et dont les rémunérations sont assurées via les tarifs de la liste des produits et prestations remboursables (LPPR). A cet égard, la DSS estime que si, conformément à l'article L. 221-1-2 du CSS, la prise en charge du DPC par l'ANDPC est permise par le conventionnement de la profession avec l'assurance maladie et non pas la prise en charge de prestations, le conventionnement avec ces professions est d'une autre nature que celui des professions libérales et qu'il n'ouvre donc pas droit à prise en charge du DPC par le Fonds des actions conventionnelles de la CNAM, via l'agence¹³⁹ ;
- 3 professions qui lorsqu'elles sont exercées à titre libéral ne sont pas conventionnées (diététiciens, psychomotriciens ou ergothérapeutes) et dont les prestations ne sont donc pas remboursées.

[478] Comme les ambulanciers ne sont pas non plus financés par l'agence à ce jour (cf. encadré suivant), ce ne sont donc que 10 des 28 professions soumises à l'obligation de DPC qui sont éligibles au financement par l'ANDPC, du moins en cas d'exercice libéral conventionné. Le tableau de la section supra indique les salariés de ces seules professions représentent environ 450 000 personnes sur un peu moins de 2 millions de professionnels de santé, auxquels il faut ajouter environ 100 000 médecins salariés des établissements de santé et médico-sociaux qui peuvent

¹³⁸ Voir note de lecture du tableau 1.

¹³⁹ Selon la DSS, les conventions avec les professionnels qui délivrent des produits et prestations de la LPPR sont de nature différente des conventions conclues avec les médecins, sage-femmes, chirurgiens-dentistes, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, orthoptistes, orthophonistes, pédicures podologues, biologistes et pharmaciens. Elles ne sont pas obligatoires et leur champ d'action est sensiblement plus restreint (article L. 165-6 du code de la sécurité sociale).

être financés par une subvention de l'agence à l'ANFH (pour 65 000¹⁴⁰ d'entre eux, cf. partie 1.3 infra) ou à leur OPCO¹⁴¹.

La situation des ambulanciers n'est à ce jour pas conforme aux textes

L'article L 4021-1 du code de la santé publique, relatif au DPC, englobe dans le champ « les professions de santé » dans leur ensemble, ce qui renvoie à toutes les professions citées dans la quatrième partie de ce code, y compris celles mentionnées au titre IX du livre III, c'est-à-dire les aides-soignants, auxiliaires de puériculture, ambulanciers et assistants dentaires.

Certes, à la différence des aides-soignants et auxiliaires de puériculture, les ambulanciers ne sont pas cités dans l'article R 4021-23 du CSP qui indique auprès de qui les professionnels doivent justifier de leur engagement dans une démarche de DPC, mais ce n'est pas non plus le cas des assistants dentaires alors que ceux-ci sont peuvent créer un compte et rechercher une action de DPC.

La DGOS a confirmé à la mission que les ambulanciers et assistants dentaires relevaient du dispositif de DPC, au même titre que les aides-soignants et les auxiliaires de puériculture mais que, n'ayant pas constitué de CNP, ce n'est que depuis la modification, en octobre 2022, de la composition du Haut conseil des professions paramédicales pour les y inclure, que l'agence peut faire appel à leurs représentants à cette instance pour élaborer des orientations prioritaires les concernant. Restera ensuite à adapter la composition de la CSI des professions paramédicales pour les inclure pleinement dans le dispositif.

1.1.2.2 Certains professionnels des centres de santé semblent être indûment exclus du financement du DPC par l'agence

[479] La mission a interrogé l'agence et la DSS sur les professions des salariés des centres de santé conventionnés, qu'elle prend en charge au titre de l'article R. 4021-22 du CSP.

[480] La direction de l'ANDPC, après avoir indiqué que son financement est en pratique limité aux 10 professions relevant des conventions de professionnels libéraux qui sont par ailleurs prises en charge, a reconnu que cette pratique ne résulte a priori que de la logique qui était en vigueur au temps de l'OGDPC, et non des dispositions actuelles du CSP.

[481] L'agence a en effet « retrouvé un exemple de cahier de charges de la formation conventionnelle des professionnels des centres de santé » datant de 2012, qui mentionne explicitement que les actions doivent « être destinées uniquement aux professionnels de santé des centres de santé suivants : médecins, chirurgiens-dentistes, biologistes médecins, biologistes pharmaciens, sage-femmes, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, orthoptistes, orthophonistes ».

¹⁴⁰ Cet effectif ne correspond qu'à une partie des médecins salariés des établissements publics, dans la mesure où l'AP-HP n'est pas financée par l'ANFH.

¹⁴¹ En pratique, l'ANDPC n'a signé qu'une convention avec l'ANFH pour assurer cette prise en charge. Les médecins salariés des établissements privés ou des établissements de la fonction publique territoriale ne sont actuellement pas pris en charge.

[482] La DSS a indiqué que de son point de vue la logique reste de prendre en charge les seules professions conventionnées, qu'elles exercent en libéral ou qu'elles soient salariées de centres de santé. La mission n'est toutefois pas convaincue par ce raisonnement, d'une part sur le fond, car la prise en compte du conventionnement ne semble pas avoir de raison d'être dans le cas de salariés, d'autre part sur la forme, parce que cela revient à réécrire les dispositions de l'article L. 221-1-2 du code de la sécurité sociale qui ne formule pas une telle restriction. Et ce d'autant que le texte a fait l'objet de modifications en 2018 et 2020 qui n'ont pas restreint le champ. Ainsi, si le législateur avait voulu exclure de la prise en charge par l'ANDPC les salariés des centres de santé n'appartenant pas aux 10 professions précitées, il aurait eu deux occasions de préciser et confirmer son intention initiale.

[483] L'agence a, elle, convenu que l'écriture l'article R. 4021-22 du CSP¹⁴² aurait pu inviter à réinterroger le périmètre de prise en charge des salariés des centres de santé, affirmant même que les questions de la mission l'ont conduite « à identifier un angle mort à la fois de la réglementation et de ce fait de notre fonctionnement actuel jamais mis en exergue antérieurement ». L'ensemble des professionnels travaillant en centres de santé conventionnés étant régis par la convention visée à l'article L. 162-32-1 du CSS, à laquelle l'article précité du CSP fait référence, l'agence estime qu'il serait logique qu'elle assure le financement de leur DPC.

[484] Un élargissement du périmètre des professionnels des centres de santé pris en charge nécessiterait alors de revoir le nombre des sections professionnelles qui correspondent aux 10 professions aujourd'hui éligibles au financement de l'agence, cette dernière évoquant la possibilité de s'écarter d'une structuration selon les seules professions avec la création une éventuelle section spécifique aux professionnels des centres de santé conventionnés.

1.1.2.3 La non prise en charge des professionnels remplaçants reste un sujet fréquemment évoqué, avec une diffusion encore imparfaite de l'information

[485] Les personnels remplaçants ne sont pas conventionnés avec l'assurance-maladie dont ils ne perçoivent aucun revenu : même s'ils doivent appliquer la convention, c'est en effet le professionnel remplacé leur rétrocède des honoraires, en vertu du contrat de droit privé qui les lie. Or le lien de conventionnement avec l'assurance maladie est la condition nécessaire pour bénéficier du financement du DPC. C'est pourquoi, même pour les professions a priori éligibles au financement du DPC par l'agence, cette éligibilité se restreint aux seuls titulaires.

[486] En revanche, les professionnels associés ou collaborateurs du cabinet conventionnés avec l'assurance maladie sont pour cette raison éligibles au financement par l'ANDPC.

[487] Le FAF PM a toutefois indiqué à la mission qu'un certain nombre de médecins remplaçants choisissent un régime socio-fiscal simplifié qui leur permet de ne pas s'acquitter de la cotisation qui leur ouvrirait droit à cette autre source de financement, sans qu'il soit facile de dire dans quelle mesure ce choix est délibéré ou relève en partie d'un manque d'information. En tout état

¹⁴² Cet article dispose que l'Agence concourt au financement du DPC « pour les professionnels de santé libéraux conventionnés et les professionnels de santé salariés des centres de santé relevant des conventions définies aux articles L. 162-5, L. 162-9, L. 162-12-2, L. 162-12-9, L. 162-14, L. 162-16-1 et L. 162-32-1 du code de la sécurité sociale »

de cause, le FAF PM tout comme le CNOM ont souligné que le choix d'enchaîner les remplacements est devenu plus fréquent et plus pérenne qu'autrefois, s'assimilant presque aujourd'hui à une modalité d'exercice particulière, notamment parmi les professionnels les plus jeunes. Ce qui implique que l'accès des remplaçants au DPC n'est pas un sujet marginal.

[488] L'agence a identifié le problème de l'inscription de remplaçants aux actions de DPC lors de l'adossement des comptes des professionnels à la base de l'ANS en cours d'année 2021. Elle a alors veillé à ce que les règles de gestion indiquent leur exclusion de sa prise en charge tout en accordant jusqu'à la fin 2021 une dérogation à ceux qui s'étaient déjà inscrits aux actions de DPC. En effet, « ces professionnels pensaient de bonne foi, dans la mesure où ils paient la contribution à la formation professionnelle, être éligibles au financement de l'Agence. Or, le DPC n'est pas financé par cette contribution mais par une subvention de l'Assurance-maladie »¹⁴³.

1.1.2.4 L'exclusion du financement par l'agence a des conséquences plus larges en matière d'inclusion dans le dispositif de DPC

[489] L'exclusion du financement par l'agence a des répercussions sur l'inclusion dans le dispositif lui-même. En effet, une analyse de l'activité de l'agence se fondant sur ses différents métiers (distingués en annexe 2) montre qu'elle se centre sur les professionnels éligibles au financement de l'ANDPC.

- tel est le cas, par construction, de la gestion et du contrôle des financements ;
- mais aussi, à ce stade, des fonctions transversales relatives au pilotage et à la gestion du DPC ; certes, la plateforme d'appui aux utilisateurs est a priori aussi ouverte aux professionnels non financés par l'agence, mais en pratique ces derniers n'y recourent pas, ce qui renvoie au fait que la notoriété de la plateforme auprès des professionnels reste jusqu'ici très liée à son rôle de financeur ;
- de même, la construction et la gestion des SI de l'agence pour la gestion du DPC sont prioritairement orientés vers les besoins des professionnels qu'elle finance. Le document de traçabilité s'adresse certes à un public plus large mais les professionnels ne bénéficiant pas des financements de l'agence ne représentaient au 31 décembre 2022 que 13,5 % de ceux ayant ouvert un compte, soit un taux de couverture d'environ 3 % pour cette sous-population.

[490] Si, a priori, le développement de l'offre de DPC et l'évaluation de sa qualité concernent, eux, tous les professionnels soumis à l'obligation, force est de constater que ceux qui ne sont pas 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 (cf. 1.3 *infra*) et, le cas échéant, leurs fédérations (voir annexe 3, et notamment sa partie relative au HCDPC).

¹⁴³ Source : rapport annuel 2021 de l'ANDPC.

1.1.2.5 La condition salariée impacte la faculté de recours au DPC à plusieurs égards

[491] L'accès au DPC des salariés est tout d'abord soumis à une forte contrainte financière, avec des budgets employeurs fortement préemptés par d'autres enjeux, là où les enveloppes des non-salariés ne sont pas en concurrence directe avec d'autres dispositifs. De plus, les salariés plus éloignés des structures cœur du système de santé relèvent parfois d'OPCO pour lesquels les enjeux de formation en santé sont résiduels (cf. 1.3.1 *infra*) ;

[492] Ensuite, l'accès au DPC des salariés, qui méconnaissent fréquemment (en particulier les non-médecins), leur obligation de DPC, doit s'articuler avec de fortes contraintes organisationnelles, car le travail de ces professionnels s'inscrit dans *des équipes et structures dont ils doivent respecter les contraintes RH et les stratégies*, (cf. 1.3.2 *infra*).

1.2 Tous les professionnels sont en revanche aujourd'hui tributaires d'une liste d'orientations prioritaires pour valider leur DPC

1.2.1 Le champ du DPC suivi par l'agence se limite aux actions qu'elle publie s'inscrivant dans les orientations prioritaires

[493] L'ANDPC gère aujourd'hui les seules actions de DPC qu'elle publie, c'est-à-dire sur les actions relevant des orientations prioritaires du DPC. En effet, les textes encadrant l'enregistrement des ODP et la publication des actions par l'agence limitent son champ d'intervention aux actions s'inscrivant dans ces orientations¹⁴⁴.

[494] L'agence interprète ces textes comme signifiant que les seules actions de DPC permettant de respecter l'obligation sont celles qu'elle publie, c'est-à-dire celles s'inscrivant dans les orientations prioritaires. Pour cette raison, a plaidé, dans des documents adressés aux tutelles au cours de la période 2018-2021, pour réécrire les textes fondant une interprétation différente.

[495] Ainsi l'ANDPC a-t-elle notamment proposé à la DGOS de réécrire le point II 2° b de l'article R. 4021-4, qui dispose le professionnel est réputé satisfaire à son obligation de DPC dès lors que sa démarche comporte « au moins deux de ces trois types d'actions et au moins une action s'inscrivant dans le cadre des orientations prioritaires ». Dans la mesure où cette phrase revient effectivement à reconnaître l'existence d'actions en dehors des orientations prioritaires, l'agence a souhaité supprimer les mots « et au moins une action », au motif d'une « ambiguïté dans le texte ».

¹⁴⁴ L'article L. 4021-7 du CSP précise qu'« un décret en Conseil d'Etat définit les modalités selon lesquelles, 1° les organismes ou structures peuvent présenter des actions ou des programmes s'inscrivant dans le cadre des orientations définies à l'article L. 4021.2... » (orientations pluriannuelles prioritaires). L'article R. 4021-24 dispose que « tout organisme ou structure qui souhaite présenter des actions ou des programmes s'inscrivant dans le cadre des orientations définies à l'article L. 4021.2 dépose une demande d'enregistrement auprès de l'ANDPC... ». Enfin, l'arrêté du 14 novembre 2016 relatif à l'enregistrement des organismes et au dépôt des actions indique dans son article 4 qu'« à compter de cette date [ie : l'enregistrement par l'ANDPC], il [l'organisme] peut déposer des actions de DPC s'inscrivant dans le cadre des orientations définies à l'article L. 4021.2 du CSP sur le site internet de l'Agence ».

[496] Il n'y a pourtant aucune ambiguïté : le passage du texte visé indique qu'il existe un DPC en dehors des orientations prioritaires. Il y a d'autant moins d'ambiguïté quant au fait que le législateur n'entendait pas octroyer le monopole du DPC validable à l'agence, que le point II 1° du même article donne aussi au professionnel la possibilité de valider son DPC en satisfaisant à un « parcours » propre à sa profession ou spécialité, défini par le seul conseil national professionnel compétent, et dont la loi dispose qu'il doit seulement comporter « *notamment, des actions s'inscrivant dans le cadre des priorités définies à l'article L. 4021-2* »¹⁴⁵.

[497] L'ANFH indique d'ailleurs avoir une interprétation des textes différente de celle de l'ANDPC : pour elle, il existe d'une part des actions de DPC publiées par l'agence correspondant à la mise en œuvre des orientations prioritaires et, d'autre part, des actions de DPC « non prioritaires », l'obligation du professionnel se limitant à réaliser au moins une action de la première catégorie tous les 3 ans.

[498] L'ANFH s'appuie en outre sur le Décret n° 2008-824 du 21 août 2008 relatif à la formation professionnelle tout au long de la vie des agents de la fonction publique hospitalière, qui vise notamment le « développement de leurs connaissances ou compétences et l'acquisition de nouvelles connaissances ou compétences », pour considérer que toutes les actions du plan de formation pour les professionnels de santé qui répondent à cet objectif sont des actions de DPC.

[499] Dans ce contexte, l'ANFH évoque dans sa contribution écrite une conception « totalisante » de l'ANDPC. On peut effectivement noter que l'agence évite, dans ses documents à l'intention des professionnels de santé, toute référence aussi bien aux parcours de DPC définis par les CNP (cf. partie 2.3.2 *infra*), qu'à des actions en dehors des orientations prioritaires. Ainsi, à la rubrique « obligation de DPC » du document à l'intention des professionnels énonçant les critères et procédures de prise en charge, seul le point 2° du II de l'article R. 4021-4 du CSP est cité, et lui-même de façon tronquée puisque l'agence passe sous silence le court passage dont elle avait suggéré la suppression à la tutelle.

[500] L'ANFH, qui a donc une vision du DPC plus large que celle de l'agence (car elle est la seule à avoir connaissance des actions non déposées) remarque que l'assimilation du DPC au seul DPC prioritaire (cf. section 1.2.1 *supra*) a notamment conduit à un « échec pour les professionnels médicaux salariés : seules 10 % des actions au maximum par an sont accompagnées financièrement par l'ANDPC pour la réalisation d'une action de DPC prioritaire, pourtant obligatoire dans la période triennale ».

[501] Le CNOM a quant à lui jugé, lors de son échange avec la mission, que « le DPC ne peut pas se résumer au DPC s'inscrivant dans les orientations prioritaires ».

¹⁴⁵ Article L. 4021-3 du CSP.

1.2.2 Le processus d'élaboration des orientations prioritaires suscite des tensions entre l'ANDPC et les CNP

1.2.2.1 L'ANDPC est fréquemment perçue comme outrepassant son rôle en se prononçant en opportunité sur les besoins des professions

[502] Alors que ni les textes, ni le COP 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. Cette délégation, qui 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 2023-2025¹⁴⁶, 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. Elle 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 spécialité*¹⁴⁷ » 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.

[503] L'agence soutient 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. Le collège de médecine générale (CMG) considère en revanche 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 est dévolue aux CNP. Le CNP des techniciens de laboratoire a d'ailleurs jugé qu'il serait intéressant de travailler les orientations prioritaires avec les instances d'évaluation scientifique et pédagogique de l'agence que sont les CSI.

[504] Pour illustrer le fait que l'agence aurait outrepassé son rôle dans l'élaboration des orientations prioritaires 2023-2025, le CMG cite l'exemple de l'échographie : l'agence aurait refusé une action d'initiation pour les médecins généralistes considérant que ce n'était pas leur rôle. Il a fallu, selon le CMG, un « bras de fer » avec l'agence pour obtenir de maintenir cette action dans une orientation plus large « Gestes techniques utiles dans la pratique de la médecine générale »

[505] Le CMG souligne que de tels échanges conduisent à ce que la rédaction des orientations, au lieu d'être collective au sein du CNP, résulte d'une négociation bilatérale entre la directrice générale et le président du CMG.

[506] Le CNP des pharmaciens (CPOPH) a de son côté indiqué à la mission que le travail d'élaboration des orientations « a été long et difficile cette année, en l'absence de connaissance de l'ANDPC des différents métiers de la pharmacie et [en raison de] leur souhait d'être

¹⁴⁶ 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.

¹⁴⁷ Article L. 4021-2 du CSP.

décisionnaires dans les priorités à mettre en œuvre », avec « de nombreuses réunions et échanges de courriels ». Il mentionne notamment le refus d'une orientation relative à la démarche qualité à l'officine, alors même qu'elle est exclue de l'orientation nationale « 10. Maîtrise des risques associés aux actes et aux parcours de soins ». L'agence estime quant à elle que les fiches initiales du CNP « ne déroulaient aucune compétence formation ».

[507] Le CNP des IPDE, qui proposait une orientation relative à l'accompagnement de la bronchiolite¹⁴⁸, indique s'être vu répondre que cela relève de la responsabilité des hôpitaux. L'agence a toutefois indiqué à la mission que l'objectif pédagogique ne relevait pas du DPC puisqu'il consistait en réalité à constituer un réseau bronchiolite en Ile-de-France.

[508] Si le CNP des masseurs-kinésithérapeutes déplore plus généralement la réduction progressive et systématique des champs en matière de formation, et sur le hiatus entre cette évolution et le discours du CNCP qui voit plus grand (cf. partie 2 *infra*), il insiste aussi sur le manque de prise en compte de l'innovation.

1.2.2.2 L'ANDPC ne serait pas assez ouverte aux enjeux d'innovation et aux sujets émergents, notamment pour les professions non-médicales

[509] Le CNP des masseurs-kinésithérapeutes estime en effet que la demande de formation continue se porte fortement sur les nouvelles techniques (même si l'agence indique le président dudit CNP avait soutenu qu'il fallait sortir du champ de la technique pour être dans celui de l'accompagnement clinique). L'ordre de la profession indique par ailleurs que le souhait de développer des formations liées à l'expérimentation de l'accès direct aux kinésithérapeutes s'est heurté à un refus de l'agence, qui n'était pas selon lui dans un esprit de co-construction¹⁴⁹. L'agence a néanmoins rappelé qu'à réglementation constante, il n'y a pas encore d'accès direct mis en œuvre et que dans le cadre du projet de loi Rist celui-ci est assorti de conditions.

[510] Le CNP du grand appareillage orthopédique, qui a souligné que son référentiel de formation initiale date d'il y a 50 ans, a souligné les enjeux liés à l'innovation technologique, à l'heure de l'imprimante 3D, alors qu'il n'y a plus aucun centre d'expertise public. La mission note que les orientations prioritaires n° 43 et 44 du nouveau triennal 2023-2025 visent à prendre en compte ces enjeux.

[511] Le cas des techniciens de laboratoire est assez similaire, puisque les BTS ne préparent même plus selon leur CNP à la moitié de ce qui est attendu, tandis que les fournisseurs d'équipements accompagnent de moins en moins le personnel des structures clientes (cf. encadré en section 1.3.2.2 *infra*).

¹⁴⁸ Avec l'argumentaire suivant : le rapport IGAS 2019-216N émet une recommandation intitulée « mettre en place une gestion proactive pour constituer et maintenir un vivier interne d'infirmières et de puéricultrices ayant l'expérience des services de soins critiques et acceptant d'être sollicitées en renfort ». La bronchiolite est une des sources de soins critiques qui affecte surtout les nourrissons. La pathologie touche 30 % des enfants de moins de deux ans chaque année. Elle nécessite une hospitalisation dans une proportion importante et surtout chez les plus petits. Des nourrissons ont dû être hospitalisés loin de leur famille faute de professionnels compétents. Les modalités de prévention sont peu connues et encore moins mises en œuvre.

¹⁴⁹ L'agence s'est appuyée sur le fait que les textes sur l'accès direct n'étaient pas encore publiés.

[512] De fait, le CMG juge que le système du DPC particulièrement lourd et rigide. Il a évoqué l'exemple de l'incapacité à concevoir et valider rapidement une action pour les généralistes sur la prise en charge des patients Covid, dans la mesure où telle action se serait située en dehors des orientations prioritaires. Le CMG estime ainsi qu'il faudrait mettre en place un dispositif d'urgence qui permette de valider d'une action de formation répondant à ce type de besoin conjoncturel. S'agissant du Covid, l'agence a rappelé s'être vu opposer un refus du ministère via le cabinet et a estimé qu'« au début de la crise sanitaire on pouvait légitimement se demander à quoi on allait former ». Néanmoins le FAF-PM a pu de son côté mettre en place des formations dédiées au covid qui, même si elles avaient surtout un caractère informatif, pouvaient être utiles dans le contexte de l'émergence subite d'un enjeu majeur (872 sessions se sont tenues en deux ans).

La prise en compte des nouveaux enjeux par le FAF PM

Les propos du FAF PM ont fait écho à ceux du CMG puisque le fonds d'assurance formation des médecins libéraux a signalé que sur les formations Covid, il a été le seul à répondre présent sur la période. Le fonds a aussi remarqué qu'en 2018 le champ de la télémédecine était encore refusé par l'ANDPC car absent des orientations prioritaires.

La typologie des projets du FAF PM comporte en effet des projets dit « contextuels » dont le thème de santé est d'actualité et la finalité est collective. Une fois validé, le projet est mis à disposition des autres organismes de formation habilités par le fonds (qui sont tous de statut associatif) afin qu'ils puissent le mettre en œuvre selon le format pédagogique prédéfini. D'après les rapports d'activité 2020 et 2021 du FAF PM, ce sont au total 29 projets contextuels en présentiel ou synchrone qui ont été mis à disposition, dont 3 sur le Covid et 2020 et 6 en 2021. 1121 sessions de formation de type contextuel ont été organisées en 2020 et 318 en 2021, dont 719 (64 %) sur le Covid en 2020 et 153 (48 %) en 2021. Parmi divers autres sujets d'initiatives passées indiqués par le FAF à la mission, Zika ou le stress post-traumatique, dans le sillage des attentats de novembre 2015.

[513] L'ANDPC a elle-même pu constater l'importance accordée à l'innovation par les acteurs étrangers du DPC ou des dispositifs s'y apparentant. 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*¹⁵⁰ 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 ».

[514] Les CNP ont pour leur part l'intention de se saisir des parcours de DPC, dont la définition est à leur main, pour accroître la réactivité des actions de DPC aux innovations. Ainsi, la FSM précise-t-elle « *il est clair que ces parcours de DPC ne seront pas figés dans le temps et devront évoluer au fil des années pour tenir compte de l'évolutions des besoins de formation des médecins de chaque spécialité et des évolutions (scientifiques, thérapeutiques, techniques, pédagogiques...) de celles-ci* » (cf. partie 2.3.2 *infra*). La mission constate en effet que les orientations prioritaires

¹⁵⁰ Réseau international (87 membres sur 27 pays) conjointement géré par l'Accreditation Council for Continuing Medical Education (ACCME américaine) et le Royal College (of physicians and surgeons of Canada).

sont elles-mêmes en principe actualisables mais que cette possibilité est peu utilisée (les orientations 2020-2022 n'ont été modifiées qu'une fois par arrêté du 8 avril 2020).

1.2.2.3 L'ANDPC est en partie victime des injonctions de la tutelle et de la Cour des comptes à limiter le nombre d'orientations.

[515] 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, parfois drastiquement réduit (une seule dans le cas des biologistes). L'agence fait valoir à cet égard que c'est le CNP des biologistes qui aurait « souhaité ne proposer finalement qu'une seule orientation mais avec de multiples thématiques » et qu'« entre les orientations prioritaires relatives à l'innovation et cette unique orientation concernant les bonnes pratiques en biologie médicale, sont couvertes pas moins de 23 thématiques et l'ensemble des champs de la biologie ». Cet argumentaire tend toutefois à montrer que le facteur fréquemment irritant du nombre d'orientations prioritaires n'est donc pas le gage d'une véritable capacité à prioriser.

[516] En outre la FSM considère que l'articulation entre les orientations de santé publique et les orientations par professions ou spécialité n'est pas claire ce qui permet à l'agence de rejeter des propositions de certains CNP, au motif qu'elles sont déjà couvertes par les orientations de santé publique. Cela conduit la fédération à affirmer que les orientations prioritaires ne sont pas un bon outil de régulation.

[517] Les autres CNP, parfois très négatifs, parfois plus positifs, ont effectivement eux aussi tous confirmé que le point dur des échanges reste le nombre d'orientations retenues. L'agence s'est, de fait, vue demander de réduire sensiblement le nombre d'orientations par rapport au triennal 2017-2019. Ce qu'elle a fait dès le triennal 2020-2022, mais il s'est avéré que cette baisse avait été en trompe-l'œil car les nouvelles fiches de cadrage, assez ouvertes, n'avaient finalement pas endigué la prolifération des thématiques.

[518] L'élaboration des orientations du triennal 2023-2025 par l'agence a donc conjugué des fiches de cadrage plus précises à l'effort de limitation du nombre d'orientations, sans vraiment y parvenir (le nombre des OP 2023-2025 s'établit à 296 au 10 février 2023 contre 256 pour le triennal précédent) mais avec les conséquences décrites dans la section 1.2.2.4 ci-après. Ce faisant, 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.

[519] De plus, 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. La posture qui consiste à déclarer que 200, 300, ou 400 orientations prioritaires, c'est beaucoup, voire beaucoup trop, est évidemment tentante. Encore faut-il se rappeler de quoi l'on parle, à savoir 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 extrêmement variés, allant du médico-social à l'industrie ou à la recherche.

[520] L'univers des professionnels de santé est de surcroît en perpétuelle évolution, qu'il s'agisse de l'apparition de nouveaux enjeux de santé publique, de l'impact toujours renouvelé du progrès

technique et des innovations thérapeutiques, ou des divers repositionnements des professions et plus largement des réorganisations du système. 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.

[521] Pourtant, bien souvent, seules quelques orientations seront 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... ou de scier la branche du « DPC financé », puisque plusieurs professions de santé envisagent la définition de parcours de DPC pour contourner les contraintes du dispositif actuel.

1.2.2.4 Certains environnements professionnels sont peu ou mal couverts par les orientations, avec des fiches de cadrage ne laissant pas assez de marges d'adaptation

[522] Certains environnements professionnels ne sont guère couverts par les orientations prioritaires, ce qui peut dans certains cas renvoyer à leur non-représentation au sein des CNP (cf. annexe 3). 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.

[523] Mais parfois aussi, il est difficile de se saisir d'orientations a priori pertinentes, comme le remarquent notamment les acteurs du monde hospitalier. Ainsi l'ANFH considère-t-elle que l'ANDPC a une lecture trop centralisée et bureaucratique des orientations prioritaires. Elle juge que des fiches de cadrage dans lesquelles tout doit être défini au niveau national sont incompatibles avec les réalités différenciées des établissements et négligent totalement le rôle des instances locales - la commission médicale d'établissement (CME) pour les médecins ou le comité social d'établissement (CSE) pour les personnels non-médicaux - auxquelles les textes donnent une responsabilité en matière de maintien des compétences et d'amélioration des pratiques professionnelles, ce qui nécessite donc des marges d'adaptation. Les représentants de la conférence des DG de CHU estiment d'ailleurs eux aussi que la dynamique actuelle du dispositif des orientations prioritaires, qui aboutit à une vision « essentialisée » du DPC, n'est pas la bonne. Ils soulignent 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. Enfin, un établissement adhérent à la FEHAP a indiqué avoir « parfois l'impression que les fiches de cadrage précisent tellement les actions qu'il n'est plus possible de les proposer ».

[524] Au-delà des acteurs du monde hospitalier, on trouve un constat analogue dans la contribution de la FNCS, qui juge « très peu opératoires » les priorités du DPC dans le domaine qui est le sien et estime que les orientations prioritaires « amènent le régulateur à détailler toujours plus ses prescriptions », accroissant ainsi le risque de rejet des actions pour ne pas avoir respecté tel ou tel item des fiches de cadrage, « au risque avéré de devoir mobiliser une bureaucratie de plus en plus contraignante pour les acteurs du système et de moins en moins en

prise avec le réel », même si l'agence estime à l'inverse que son encadrement des actions garantit la réponse aux attentes scientifiques et pédagogiques des professionnels de santé..

[525] L'agence reconnaît d'ailleurs cet effort de plus grande précision qu'elle a été fortement incitée à mettre en œuvre (cf. section précédente), et qu'elle revendique dans son mailing du 9 septembre 2022 aux ODPC, annonçant que pour le nouveau triennal, les fiches de cadrage « *listent de façon plus précise encore que lors de la dernière période triennale, non seulement les thématiques à aborder dans le déroulé de l'action, mais également, les attendus pédagogiques* ».

[526] Une phrase de l'agence, figurant dans le masque de saisie des actions, illustre d'ailleurs parfaitement l'absence de toute logique de capitalisation sur l'existant, qui est pourtant important dans le cas des établissements sanitaires, tenus à des évaluations de pratiques régulières : « *votre action doit se construire à partir d'une orientation prioritaire que vous souhaitez décliner (et non l'inverse) et **tenir compte des attendus de sa fiche de cadrage** [en gras dans le texte] »). Le même message figurait en bonne place dans le mailing adressé aux ODPC intitulé « en route vers le triennal 2023-2025 », indiquant « *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*** ».*

[527] Dans ce contexte de surdétermination des actions par les fiches de cadrage des orientations, la stabilisation de ces documents devient un enjeu crucial pour les ODPC. Or l'un d'entre eux, Orion santé, a attiré l'attention de la mission sur les effets délétères des nombreuses modifications de fiches de cadrage intervenues les 8 décembre 2022 et 10 février 2023 (notamment pour la profession infirmière) alors que les orientations avaient déjà été affichées en septembre (l'annonce de leur publication par mailing aux ODPC le 9 septembre, assorti d'un lien, ne comportait de fait aucune mise en garde spécifique, et les remaniements ultérieurs des fiches n'ont fait l'objet d'aucun mailing spécifique). Par conséquent, des formations qui avaient été validées ne correspondaient plus aux fiches de cadrage, alors que l'ODPC en question avait déjà payé un concepteur pour les actions en e-learning.

1.2.2.5 Le processus qui consiste à caler les orientations au titre de la politique nationale de santé avant les orientations ciblées sur certaines professions est trop descendant

[528] Le processus en vigueur consiste à d'abord finaliser les orientations au titre de la politique nationale de santé (et de la politique conventionnelle), ce qui s'effectue par un dialogue entre l'ANDPC et les administrations centrales.

[529] Mais ce phasage de la détermination des orientations prioritaires du DPC n'est pas sans créer quelques problèmes et frustrations. A titre d'exemple, le CNP des ergothérapeutes a déclaré que dans ce contexte « *on perd parfois du temps à travailler sur ce que l'on croit relever des orientations spécifiques, puis on se voit répondre que cela est inclus dans les orientations générales, et finalement on ne retrouve pas dans ces dernières les éléments qui étaient censés y avoir été embarqués* » (le CNP cite l'absence des personnes en situation de handicap dans les sujets couverts par l'OG n°7).

[530] La mission estime que l'édition 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. Un tel processus aiderait ainsi à juguler le nombre d'orientations prioritaires de manière moins conflictuelle, tout en nourrissant la réflexion des tutelles. Il serait moins diamétralement opposé aux logiques existantes à l'étranger, avec bien souvent une gouvernance à la main des professionnels (cf. 1.1.1 *supra*, et encadré ci-après)

[531] La DGOS a d'ailleurs confirmé à la mission qu'elle n'a pas d'autre moyen que ce processus d'élaboration des orientations prioritaires 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.

Le DPC, avatar du dirigisme à la française ?

L'étude de l'article¹⁵¹ coécrit par l'ANDPC et l'*Accreditation Council for Continuing Medical Education* (ACCME américaine) indique qu'il n'y a aux Etats-Unis aucun dispositif s'apparentant aux orientations prioritaires, même s'il arrive que la formation à quelques enjeux d'une acuité particulière soit rendue obligatoire par les autorités de certains Etats (par exemple s'agissant des opiacées). Les employeurs y ont, en revanche, la faculté d'émettre des standards qui leur sont propres (p 4, 1ère colonne). Or, cette différence transatlantique dans le degré de dirigisme renvoie à une spécificité française bien plus qu'américaine. 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. La question de l'acceptation par les professionnels français nous a été posée notamment du fait d'échec de ce type de prescription au Royaume-Uni ».

Ce « dirigisme » en matière d'orientations prioritaires est certes justifié par le souci d'une bonne utilisation du financement public. Encore faut-il se rappeler que les trois-quarts des professionnels de santé français en sont exclus (cf. section 1.1.2.1 *supra*).

1.2.3 Le processus de publication des actions apparaît lourd à de nombreux acteurs, ce qui ajoute à la perception d'une gestion restrictive du DPC

[532] Si les développements qui suivent sont consacrés au dépôt des actions, cette démarche requiert d'avoir au préalable pu s'enregistrer auprès de l'agence comme organisme de DPC (ODPC), ce que tous les organismes ne parviennent pas à faire facilement – ou renoncent à faire.

¹⁵¹ Vive la Différence: A Comparison of CPD Quality Assurance Systems in France and The United States, publié le 24 avril 2022

Ainsi, le CNP des aides-soignants a-t-il indiqué à la mission que les petits instituts de formation d'aides-soignants (IFAS) ont du mal à obtenir le statut d'ODPC.

[533] Les enjeux associés à la procédure d'enregistrement (y compris la non prise en compte de la certification Qualiopi) sont toutefois traités dans la première partie de l'annexe 5, relative à la régulation de la qualité de l'offre de DPC ; de plus, ceux des enjeux liés au dépôt d'actions qui sont plus spécifiques aux ODPC employeurs¹⁵² sont décrits ultérieurement, dans la partie 1.3 de la présente annexe.

1.2.3.1 Le processus centralisé de contrôle de conformité des actions impose de définir préalablement tout leur contenu et toutes leurs modalités de réalisation

[534] La logique qui prévaut actuellement est assez bien résumée par les échanges intervenus dans le cadre de la dernière AG du GIP (en date du 24 novembre 2022), durant laquelle la directrice adjointe « développement et qualité » de l'agence déclare « *qu'avec le nouveau triennal, les fiches de cadrage ne sont pas très loin d'être des mini-cahiers des charges* »

[535] Cette déclaration est intervenue dans un contexte où une partie de la tutelle estimait encore « *qu'il serait dommage d'arrêter tous les appels d'offres avant même d'avoir engagé le filtrage du guichet* ». Bien que l'agence ait fait observer que le filtrage était bel et bien engagé, ladite tutelle a observé que « *le mécanisme n'en est pas encore au stade des cahiers des charges* ».

[536] Le Guide d'aide au dépôt des actions rédigé par l'agence stipule pourtant que « *la ou les (selon le cas) orientations prioritaires sélectionnées doivent donc couvrir la globalité du programme pédagogique de l'action de DPC ; il ne sera pas autorisé qu'une orientation couvre partiellement le programme ou bien, dans le cas où deux orientations seraient sélectionnées, que chacune couvre une partie différente du programme* ».

[537] Le guide d'aide au dépôt indique en outre que « *les objectifs et le contenu de l'action doivent correspondre à ceux décrits dans la fiche de cadrage ; il n'est pas nécessaire de couvrir tous les objectifs ni tous les éléments de la fiche mais au moins l'un d'entre eux. L'action de DPC doit néanmoins porter majoritairement sur la thématique de l'orientation* ». Cette dernière phrase peut sembler incohérente avec la précision qui proscrivait qu'une partie de l'action ne se rattache pas à l'orientation prioritaire choisie. Elle doit en fait être comprise comme la demande que la majeure partie de la fiche de cadrage de l'orientation sélectionnée soit couverte par l'action déposée.

[538] Ainsi, toute l'action doit se rattacher à la fiche de cadrage, et elle doit en traiter la majorité des éléments. Par ailleurs les représentants de l'université Claude Bernard ont souligné que si les concepteurs changent et qu'ils n'étaient pas dans le vivier déclaré, alors il faut redéposer une

¹⁵² Structures s'enregistrant comme ODPC dans le but de pouvoir elles-mêmes au DPC de leurs salariés, même si elles peuvent dans certains cas, ouvrir les actions à des professionnels extérieurs, éventuellement libéraux. Il s'agit majoritairement d'établissements de santé, beaucoup plus rarement d'établissements médico-sociaux ou de groupements de coopération (sanitaire ou médico-sociale), mais aussi parfois de structures de formation internes à de grands groupes d'EHPAD ou de cliniques. Il faut aussi ajouter à cette liste le CNFPT.

action (à laquelle s’appliquera le délai standard de validation de 3 mois, cf. section 1.2.3.2 *infra*). Ceux du centre hospitalier intercommunal de Créteil (CHIC) ont en outre signalé qu’il est très lourd de devoir redéposer des actions lorsque le public visé change.

[539] Ce cadrage très étroit des actions par les orientations va jusqu’à susciter des polémiques d’ordre scientifique et pédagogique (l’annexe 5 traite, dans sa partie 2, de la difficulté de positionnement du « contrôle de conformité »). Ainsi, un établissement adhérent à la FEHAP donne l’exemple des actions sur la douleur (voir encadré ci-après).

Exemple de controverse, la proscription des actions généralistes en matière de prise en charge de la douleur

Un établissement adhérent à la FEHAP a souligné que la fiche de cadrage de l’OP n°3 « amélioration de l’évaluation, du traitement et de la prise en charge de la douleur » est devenue tellement précise, tant sur la population visée que sur la contextualisation de la douleur, qu’il faudrait dérouler un programme sur une population spécifique ou sur une douleur aiguë précise. La fiche de cadrage exclut les actions généralistes, alors même que selon l’établissement « la douleur, notamment pour les libéraux au domicile des patients, est multi pathologique. Le soignant fait face à des manifestations de la douleur très différente, il lui faut une connaissance des mécanismes physiologiques de la douleur pour une meilleure prise en charge ».

Or la critique émise semble assez largement partagée. En effet, dans son échantillon de dossiers passés en CSI qu’elle a consultés, la mission a eu le cas d’un ODPC commercial¹⁵³ dont l’action a été désactivée par l’agence au motif que « le contenu devrait s’articuler autour d’un parcours défini ou d’un type de douleur pour former des professionnels de santé dont le choix des profils doit alors être cohérent et adapté - tel n’est pas le cas lorsque tant les gériatres, que les stomatologues ou les gynécologues obstétriciens sont ciblés ». Dans ce cas, la position de l’agence a par deux fois divergé de l’avis de la CSI compétente, favorable à l’action. L’ODPC concerné avait fait valoir que « l’expert adaptera ses propositions de cas cliniques au public présent lors de la session. Les définitions et caractéristiques des différentes douleurs sont abordées au cours de l’objectif 1 de la formation (...) Tous [ces professionnels de santé] sont susceptibles de prendre en charge des patients souffrant de douleurs chroniques nociceptives, neuropathiques ou mixtes. Une douleur est unique, un patient est unique, la pratique d’un soignant est unique. Cette action est pluriprofessionnelle rassemblant des patients d’un même territoire, qui lui aussi est unique. L’expert doit donc tenir compte des connaissances, des compétences et des spécificités de chacun pour leur apprendre à travailler ensemble sur la prise en charge pluriprofessionnelle et coordonnée des douleurs chroniques ».

L’agence fait valoir en retour que les explications de l’ODPC signifient que l’on ne connaît pas le programme qui sera déployé. Si la mission ne s’estime pas apte à trancher le débat, elle note toutefois que la divergence d’avis entre l’agence et son instance scientifique d’évaluation soulève un conflit de légitimité préoccupant pour le bon fonctionnement du dispositif : soit l’agence se trompe tout en déjugant son instance d’expertise, soit le fait que la CSI compétente ait émis en réunions plénière un 1^{er} avis, puis un 2nd avis tous deux favorables à l’action, interroge la légitimité de cette instance.

¹⁵³ Il ne s’agit donc pas de l’adhérent à la FEHAP dont les propos (écrits) sont rapportés par la fédération.

1.2.3.2 Les modalités pratiques de dépôt des actions restent contraignantes

[540] 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 (institut de formation associatif), le fait que dates et prix peuvent maintenant être adaptés (Centre hospitalier intercommunal de Créteil), ou encore l'introduction de nouveaux masques de saisie (université Claude Bernard) et la mise à disposition d'un guide d'aide au dépôt des actions.

[541] Toutefois, divers irritants subsistent.

[542] Ainsi l'ODPC Orion santé a souligné – avec d'autres - que suite aux réponses, l'historique des échanges disparaît, ce qui empêche toute traçabilité sauf captures d'écran (ce à quoi il procède pour mémoire). De plus, il souligne qu'aux 3 mois de délai avant publication il faut ajouter 2 mois et demi de préparation, soit au total un « temps de réaction » de 6 mois. Les représentants de l'université Claude Bernard, qui ont également pointé la question du délai de validation, se sont étonnés qu'il reste le même en cas de duplication d'action. Ces délais posent encore davantage problème dans le cas des ODPC employeurs (cf. section 1.3.4.2 *infra*)

[543] La représentante d'une structure de formation d'un ESPIC regrette de son côté que l'on ne puisse plus dupliquer les actions d'une année sur l'autre ; cette règle s'explique toutefois par le changement de triennal, comme l'agence l'a confirmé à la mission, à qui ses arguments semblent audibles¹⁵⁴. Par ailleurs, on ne peut pas sauvegarder au fil de la saisie, comme le regrette aussi l'université Claude Bernard. Si bien qu'au total, il faut selon le CPA 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).

[544] La FEHAP relève des lourdeurs inutiles telles que la justification de la méthode HAS ou l'exigence de norme Vancouver pour la bibliographie. Le second point a aussi été évoqué par la représentante d'un institut de formation associatif, qui juge que les médecins ne savent pas forcément ce qu'est Vancouver (contrairement à elle qui est documentaliste). La mission constate en outre que cette exigence n'est pas signalée dans le guide d'aide au dépôt des actions.

¹⁵⁴ Au regard de la modification des orientations prioritaires et des nouvelles exigences des fiches de cadrage. Mais il reste en revanche possible de dupliquer des actions du nouveau triennal (bouton *ad hoc* de l'interface, d'ailleurs évoqué par d'autres ODPC).

L'organisation de la validation des actions en années civiles était jusqu'ici un obstacle pour les universités

L'université Claude Bernard a signalé à la mission que le fait que les procédures de l'agence soient basées sur des années civiles et non universitaires est source de nombreuses complications. Il faut alors distinguer des « modules » au sein des actions de DPC, ce qui demande une « gymnastique pédagogique » un peu particulière. Et si, lors d'un changement d'orientations triennales, certains modules ne trouvent plus d'orientations prioritaires dans lesquelles s'inscrire, compte tenu des délais de validation de nouvelles actions (auxquels il faudrait ajouter ceux de leur préparation) c'est alors une année universitaire entière qui est perdue eu égard aux modules qui étaient prévus pour la période de janvier à mars, et donc aussi aux diplômes, de janvier à avril. C'est a fortiori le cas avec des mises à jour d'orientations intervenant au 28 décembre (comme en 2022). L'agence a toutefois annoncé courant 2022, dans ses mailings aux ODPC, que dans le cadre du nouveau triennal 2023-2025 « sera ouverte également aux organismes la possibilité, pour eux comme pour les DU, de concevoir des sessions pluriannuelles ». Mais cette possibilité n'est mise en œuvre qu'à compter de l'année 2023.

[545] De manière plus générale, la FEHAP juge de plus que « les exigences de l'ANPC (...) sont de plus en plus nombreuses et augmentent chaque année, ce qui est très lourd pour les ODPC et les formateurs ».

1.2.3.3 Alors que les procédures ont jusqu'ici été marquées par une certaine instabilité, les ODPC ont l'impression de ne pas avoir d'interlocuteurs

[546] Les représentants de l'université Claude Bernard indiquent ainsi que l'agence effectue beaucoup de mises à jour concernant les documents demandés ou les règles de gestion, si bien que l'expérience est vite obsolète. Le CMG signale lui aussi un problème d'instabilité des règles ou de leur interprétation.

[547] Par exemple, un mailing aux ODPC du 30 mai 2022 relatif aux modifications du dépôt des actions pour le nouveau triennal, a notamment annoncé deux nouvelles rubriques dans le cadre de la procédure, dont l'une concernant le découpage chronologique de l'action par unité : il est indiqué qu'« une action est structurée en différentes étapes (unités) qui doivent être facilement identifiables. La présentation d'une description fine et chronologique de la structure de l'action permettra de mettre en avant, de façon simple et lisible, ces différentes étapes. Il s'agira donc de préciser, unité par unité, la typologie, la méthode déployée et le format avec la durée ».

[548] Face à ces fréquentes évolutions¹⁵⁵, les équipes de l'université Claude Bernard regrettent l'absence d'information complémentaire par rapport aux guides en réponse de première ligne. Celles du CHIC regrettent de son côté un manque d'accompagnement par l'ANDPC du « comment faire ». La FHP a également 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) », tandis que les représentantes d'un

¹⁵⁵ Il ne s'agit pas ici de se prononcer sur leur légitimité.

ODPC du secteur médico-social dénoncent un manque de lien de proximité avec un membre de l'agence, ou des retours qui ne répondent pas à la question posée.

[549] 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 (cf. section 1.3.4.5 infra).

1.2.3.4 La formalisation des procédures grâce au guide d'aide au dépôt des actions n'a pas fait disparaître les malentendus, avec parfois des incohérences entre documents d'aide

[550] L'ordre des masseurs-kinésithérapeutes estime que, dans le cadre de la validation des actions, l'agence interprète des règles qui ne sont pas de son ressort : elle aurait par exemple refusé des actions dont elle considérait qu'elles ne peuvent pas être appliquées par la profession alors que le décret d'acte leur permet (par exemple l'ANDPC refuse des formations sur le recours à l'hypnose pour les masseurs-kinésithérapeutes alors que leur décret d'actes leur permet de recourir à des techniques de neuro-relaxation).

[551] Parfois, les demandes ne semblent pas en cohérence avec les fiches de cadrage. L'ODPC Orion santé indique s'être vu demander pourquoi il organisait en classes virtuelles des actions dans le domaine de la cardiologie qui étaient déjà proposées en présentiel, alors que la fiche de cadrage ne l'interdisait pas.

[552] De plus, malgré la rédaction d'un guide de dépôt des actions, la nature des documents demandés est parfois sujette à caution. Ainsi, alors que le guide mentionne que les diaporamas et autres supports de formation ne font pas partie du déroulé pédagogique réclamé lors de la première phase de dépôt des actions, mais des documents demandés en deuxième phase, le document à l'intention des professionnels énonçant les critères et procédures de prise en charge indique à la rubrique « déroulé pédagogique » : « pour une formation présentielle : le diaporama et/ou les supports de formation incluant les cas pratiques soumis aux participants ». On peut constater le même hiatus pour les formations en e-learning. Par ailleurs, le même document indique aussi parmi les pièces à fournir « pour une réunion de revue bibliographique ou journal club : la liste des articles analysés », demande absente du guide de dépôt des actions.

[553] L'analyse par la mission d'un échantillon de dossiers étudiés par les CSI montre d'ailleurs que les malentendus sur les pièces à fournir subsistent parfois à propos des documents demandés en deuxième phase. Ainsi, face à un 1er avis de l'agence qui indiquait que « les quelques diapos fournies ne permettent pas suffisamment d'apprécier l'ensemble du contenu scientifique de l'action », l'ODPC ayant déposé l'action n°43402100016 a répondu « nous avons suivi les consignes de l'ANDPC qui imposent seulement la production d'un extrait du support pédagogique. Néanmoins, nous vous transmettons des documents complémentaires qui vous permettront de mieux apprécier le contenu » ; suite à quoi l'agence comme la CSI ont finalement émis un avis favorable.

[554] L'ambiguïté des règles concerne aussi le rattachement des actions aux orientations prioritaires. En effet, le guide d'aide au dépôt précise qu'une action « ne s'indexe qu'à une seule orientation de politique nationale » et « ne cumule pas une orientation nationale et une orientation définie par profession/spécialité car elles ont été rédigées en évitant toute redondance » ; il ne signale comme seule possibilité d'adossement multiple que le recours à deux

orientations de spécialités dans certaines conditions. Or, le masque de saisie des actions se contente de préciser que la sélection de plusieurs orientations prioritaires doit être « guidée par la cohérence et la complémentarité de leur combinaison (par exemple, une même thématique non portée par l'annexe 1 et proposée par deux CNP en annexe 2) ». L'« exemple » cité est pourtant la seule configuration possible, ce que ne suggère pas la formulation précédente qui fait aussi appel aux notions plus subjectives de « cohérence » et de « complémentarité ». Ainsi la mission a constaté, dans ses échantillons de dossiers refusés lors du contrôle de conformité par l'agence, de multiples cas d'actions indûment rattachées à plusieurs orientations prioritaires. (5 cas sur 45 dossiers échantillonnés).

1.2.4 Les actions publiées sont loin de couvrir l'ensemble des besoins des différentes professions dans les différentes catégories nécessaires à la validation du DPC

1.2.4.1 Certaines professions sont, dans l'absolu, très peu couvertes ; pour les autres l'offre est parfois ciblée selon la spécialité et le mode d'exercice

[555] L'exploitation des données de l'agence sur les actions publiées au moins une fois en 2021¹⁵⁶ permet de comptabiliser le nombre d'actions destinées aux différentes professions, en distinguant les actions monoprofessionnelles qui leur sont spécifiquement dédiées, et les actions multiprofessionnelles ouvertes à plusieurs professions.

[556] Pour ce faire, la mission a pris en compte 16 918 actions :

- non seulement les 15 695 actions publiées dont fait état le rapport annuel pour 2021 ;
- mais aussi 557 actions n'ayant été désactivées par l'ANDPC qu'après publication, suite à un contrôle ex post par les commissions scientifiques indépendantes qui ne concerne qu'une proportion assez faible d'actions (voir annexe 5) ; ces actions désactivées ont en effet été au moins temporairement ouvertes à des professionnels de santé ;
- et enfin 666 actions ayant été supprimées à l'initiative de l'organisme, mais figurant dans le fichier des actions publiées au moins une fois, transmis à la mission par l'agence.

[557] L'exploitation de ces données par la mission elle-même a permis de dresser un état des lieux un peu plus détaillé que celui du rapport annuel.

[558] Le tableau 2 ci-après, relatif à l'exercice 2021, indique que 5 professions de l'appareillage médical ainsi que les médecins n'ont disposé d'aucune action de DPC qui leur soit spécifique, tandis qu'une seule action monoprofessionnelle a été publiée dans le cas des préparateurs en pharmacie. Le nombre d'actions spécifiques n'a pas dépassé 4 dans le cas des 85 000 auxiliaires de puériculture, 7 dans le cas des psychomotriciens et 11 dans le cas des diététiciens. Les assistants dentaires n'étaient quant à eux éligibles en tout et pour tout qu'à 3 actions.

¹⁵⁶ Dernière année couverte par le COP, et qui avait l'avantage d'être stabilisée lors du démarrage des investigations

[559] Il faut de surcroît rappeler que ces nombres d'actions sont des majorants du nombre d'actions effectivement mises en place, et plus encore du nombre d'actions réellement accessibles pour les professionnels de santé :

- parce que la mission a comptabilisé des actions rapidement désactivées par les CSI, ou supprimées par les organismes eux-mêmes, auxquelles il faudrait ajouter les actions non officiellement supprimées, mais n'ayant jamais donné lieu à l'organiser d'une session¹⁵⁷ ;
- parce qu'un nombre important d'actions restent organisées à des dates non compatibles avec l'agenda de certains des professionnels intéressés, et/ou, dans le cas des 83 %¹⁵⁸ des actions en mode présentiel ou mixte, se tiennent en des lieux trop éloignés du domicile et du lieu d'activité desdits professionnels (tous les ODPC n'étant pas d'envergure nationale, loin s'en faut) ;
- parce que l'éligibilité à une action s'évalue bien souvent à une maille plus fine que la profession, pouvait faire intervenir la spécialité, ou encore le mode d'exercice (salarié ou libéral).

[560] Au vu des éléments précédents, le nombre d'actions monoprofessionnelles conçues pour les aides-soignants, qui ne dépasse pas 57, apparaît lui-même extrêmement modeste.

[561] Si l'offre de DPC reste particulièrement pénurique pour certaines spécialités ou professions à faible effectif, c'est d'abord que, selon le CNP du grand appareillage orthopédique (GAO), les ODPC commencent par regarder s'il y a un (véritable) marché avant de proposer des actions. Pourtant, de tels métiers numériquement faibles ont tout autant besoin de formation que les autres : comme l'a rappelé ce CNP, un diabétique mal chaussé, cela peut entraîner une amputation.

[562] Par ailleurs, la présence d'un faible nombre d'organismes sur un marché peut créer des oligopoles ou monopoles peu concurrentiels ; ainsi le CNP des techniciens de laboratoire a-t-il imputé la qualité assez inégale des actions dans son domaine au faible nombre d'organismes présents.

¹⁵⁷ Il n'est possible de connaître, ni le nombre d'actions concernées (les ODPC ne déclarent à l'agence des ouvertures de sessions que quand celles-ci concernent des professionnels financés par elle), ni la raison de la non-tenu de sessions (qui peut renvoyer à l'absence d'une demande suffisante, mais aussi à des enjeux organisationnels côté ODPC, par exemple l'indisponibilité ou la perte des intervenants pressentis).

¹⁵⁸ Selon les données de l'exercice 2021.

Tableau 2 : Nombre d'actions mono et multiprofessionnelles disponibles, par profession

chiffres 2021	actions acceptées	dont monoprofessionnelles	dont multiprofessionnelles
ENSEMBLE des professions	16918	11563	5355
aide-soignants	2099	57	2042
assistants dentaires	3	2	1
audioprothésistes	70	15	55
auxiliaires de puériculture	659	4	655
biologistes	420	66	354
chirurgiens-dentistes	774	346	428
diététiciens	739	11	728
épithésistes	29	0	29
ergothérapeutes	1163	114	1049
infirmiers	5616	1840	3776
manipulateurs d'électroradiologie	339	63	276
masseurs-kinésithérapeutes	3440	1647	1793
médecins	8462	5103	3359
ocularistes	16	0	16
opticiens-lunetiers	353	322	31
orthophonistes	1552	799	753
orthoprothésistes	61	0	61
orthoptistes	400	75	325
orthopédistes-orthésistes	63	0	63
orthésistes	48	0	48
pédicures-podologues	818	224	594
pharmaciens	2238	611	1627
physiciens médicaux	2	0	2
podo-orthésistes	85	0	85
prothésistes	42	0	42
préparateurs en pharmacie	930	1	929
psychomotriciens	965	7	958
sage-femmes	1539	214	1325
techniciens de laboratoire	215	42	173

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. Les ambulanciers sont absents du tableau car non encore pris en compte par l'ANDPC.

Source : Données ANDPC, calculs mission

1.2.4.2 Au vu des conditions de validation du DPC, l'offre est insuffisamment diversifiée par types d'action

[563] Pour que le professionnel soit réputé satisfaire à son obligation de DPC, le point II 2° b de l'article R. 4021-4 du CSP dispose, non seulement que sa démarche ait inclus au moins une action s'inscrivant dans le cadre des orientations prioritaires (cf. 1.2.1 supra), mais aussi qu'elle comporte au moins deux des trois types d'actions que sont respectivement la formation continue (FC dans le tableau ci-après), l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP), et la gestion des risques (GDR).

[564] Il importe donc de vérifier, non seulement l'étendue de l'offre de DPC proposée à chaque profession, mais aussi sa diversité à l'aune des types d'actions, question à laquelle le tableau 3 ci-après vise à répondre. Ses dernières colonnes sont relatives aux « programmes intégrés » (PI) qui incluent des séquences relevant de plusieurs types d'action de DPC. Le constat, bien identifié par l'agence et ses instances (notamment les sections professionnelles), est celui d'une nette prédominance de la formation continue, et ceci pour toutes les professions : elle représente en effet 96,6 % des actions hors programmes intégrés, et est présente dans 99,6 % des programmes intégrés.

[565] Cette prépondérance - parfois hégémonique - de la formation continue se conjuguant à la modestie de l'offre globale pour certaines professions, elle aboutit à une offre pénurique d'EPP et de GDR¹⁵⁹ pour des nombreuses professions, extrêmement pénurique même dans le cas de la GDR (47 actions et 17 programmes intégrés toutes professions confondues).

[566] De plus, comme déjà signalé dans la section précédente, un raisonnement par profession ne représente pas toujours une maille assez fine pour évaluer l'éligibilité aux actions.

[567] Or, s'agissant du rôle du mode d'exercice, l'ordre national des pédicures-podologues a par exemple souligné que si suivre une action de GDR est déjà très difficile pour les salariés de la profession, c'est impossible pour les libéraux car aucun organisme ne le propose¹⁶⁰ (le CNP de la profession ayant également signalé à la mission une pénurie d'actions de GDR).

[568] Si par ailleurs l'on tient compte de la véritable granularité dans ce contexte, qui est celle des spécialités, la FSM souligne que le manque de diversité des actions pour certaines d'entre elles : ainsi pour les hématologues, la moitié des 500 actions porte sur l'éducation thérapeutique du patient, un tiers sur l'hypnose. Seules 4 actions les concernaient réellement (la FSM soulignant au passage qu'avec un DPC aussi généraliste, la certification est inenvisageable). Le tableau 4 ci-après retrace, pour chaque spécialité médicale, le nombre d'actions spécifiquement dévolues à la spécialité, ainsi que le nombre d'actions par type. Si la possibilité de suivre des actions de 2 types

¹⁵⁹ Les représentants de la conférence des DG de CHU souligneront au demeurant qu'il n'y a que dans le DPC que l'on sépare GDR et EPP, ainsi, pour la HAS, les RMM seraient des démarches d'EPP dans le cas de la visite de certification (de fait, dans les fichiers de l'agence, les RMM sont classées tantôt EPP, tantôt GDR). Le président du HCDPC, M. Ortolan, a par ailleurs estimé que certaines méthodes HAS (telles que l'audit clinique) ne sont pas utilisables dans tous les métiers. La contribution du conseil national de l'ordre des pharmaciens corrobore ses propos puisque celui-ci estime que « les différentes méthodes de la HAS ne sont pas adaptées à l'exercice pharmaceutique ».

¹⁶⁰ La mission a toutefois trouvé 2 actions de GDR qui étaient ouvertes aux pédicures-podologues libéraux, mais dans les données transmises par l'ANDPC au titre de 2021.

semble toujours préservée (avec toutefois des marchés nettement plus étroits pour certaines spécialités), en revanche au moins 11 spécialités (dont les hématologues précités) ne disposaient dans le cadre du précédent triennal d'aucune action qui leur soit spécifiquement destinée, et 5 autres ne s'en sont vu proposer qu'une seule.

[569] Pour ces différentes raisons, l'Ordre national des pharmaciens a lui aussi constaté dans sa contribution écrite que « l'offre pour certaines typologies d'actions est limitée ou même inexistante (et de plus non homogène suivant les sections) s'agissant (...) des actions d'EPP et de GDR, ce qui rend difficile (voire impossible) pour le pharmacien de valider 2 types d'actions différentes ». Le CNP de la profession (CPOPH) a fait état d'un diagnostic analogue de programmes des ODPC « non satisfaisants », qui « ne proposent pas ou très peu d'actions d'EPP ou intégrées », concluant que « le DPC pour les pharmaciens est un dispositif complexe et mal adapté aux différents modes d'exercice, en témoigne le faible nombre de professionnels ayant adhéré depuis les 3 dernières périodes triennales ».

Tableau 3 : 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

Tableau 4 : Nombres d'actions par spécialité médicale, dont actions spécifiques à la spécialité, et ventilation par types d'action

chiffres 2021	actions publiées	actions monospécialités	FC	EPP	GDR	FC+EPP	FC+GDR	EPP+GDR	FC+EPP+GDR
ENSEMBLE des spécialités médicales	8462		6840	410	44	1153	12	1	2
allergologie	444	1	390	17	5	31	1		
anatomie et cytologie pathologiques	348	0	250	60	5	30	3		
anesthésiologie et réanimation chirurgicale	1057	68	882	67	22	76	8	1	1
chirurgie de l'enfant et de l'adolescent	679	0	581	38	11	46	3		
chirurgie maxillo-faciale et de stomatologie (CNP) / chirurgie orale ?									
chirurgie orthopédique et traumatologique	783	48	651	27	11	89	5		
chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique	617	0	523	28	12	50	4		
chirurgie thoracique et cardio-vasculaire	632	5	534	39	10	44	5		
chirurgie vasculaire et endovasculaire	663	3	578	29	10	42	4		
chirurgie viscérale et digestive	798	2	629	51	12	102	4		
dermatologie et vénéréologie	208	22	179	1	1	25	2		
endocrinologie, diabétologie et nutrition	1311	0	1087	40	8	172	4		
génétique clinique, chromosomique et moléculaire	460	2	383	38	4	33	2		
gériatrie	1422	4	1215	41	14	148	4		
gynécologie médicale et obstétrique	1758	2	1414	61	22	258	3		
hématologie	697	0	604	33	10	46	4		
hépato-gastro-entérologie	1186	1	974	63	14	131	4		
maladies infectieuses et tropicales	694	1	610	27	10	43	4		
médecine cardiovasculaire	1457	0	1258	44	10	140	5		
médecine générale	6572	1907	5448	201	22	894	6		
médecine intensive et réanimation	802	0	693	45	11	48	4		1
médecine interne	1043	1	862	69	11	96	5		
médecine légale et expertises médicales	293	0	266	1	5	21	0		
médecine nucléaire	425	15	360	31	7	25	2		
médecine physique et de réadaptation	1037	0	894	39	8	91	5		
médecine du travail	628	73	572	9	8	38	1		
médecine d'urgence	1168	45	1044	29	12	76	5	1	1
médecine vasculaire	961	3	807	19	9	123	3		
néphrologie	835	8	706	37	11	77	4		
neurochirurgie	628	1	521	42	8	53	3	1	
neurologie	1073	15	905	55	10	99	4		
oncologie	1060	0	892	70	15	80	3		
ophtalmologie	817	82	709	28	10	66	4		
oto-rhino-laryngologie et chirurgie cervico-faciale (CNP) / chirurgie de la face et du cou?									
pédiatrie	1982	42	1633	104	16	226	3		
pneumologie	1303	30	1124	59	13	103	4		
psychiatrie	1975	46	1667	78	16	208	5		1
radiologie et imagerie médicale (CNP) / radiodiagnostic et imagerie médicale ? Radiothérapie?									
rhumatologie	1131	44	947	43	8	130	3		
santé publique	364	0	334	1	3	26	0		
urologie	1345	4	1122	83	15	121	4		

Note de lecture : la mission a interrogé l'agence sur certaines incohérences dans la terminologie des spécialités (par exemple, coexistence de « chirurgie de la face et du cou » et de « oto-rhino-laryngologie et chirurgie cervico-faciale »), sans obtenir de réponses.

Source : Données ANDPC, calculs mission

[570] Ainsi, alors même que le DPC est présenté comme une obligation, celle-ci est impossible à satisfaire pour un nombre significatif de professionnels¹⁶¹, si bien qu'à ce stade un véritable contrôle de cette obligation, assorti de sanctions, reste inenvisageable s'il doit s'appliquer à l'ensemble des professions de santé.

¹⁶¹ De plus, l'existence d'une action ne signifie pas qu'elle sera prise en charge par le financeur dont relève le professionnel. Ainsi, dans le cas où des médecins libéraux auraient saturé leur quota de prise en charge par l'ANDPC, ils relèvent du FAF PM, qui a indiqué à la mission n'expérimenter l'EPP que de manière anecdotique.

[571] Le rapport annuel 2021 de l'ANDPC fait d'ailleurs référence à la volonté des sections professionnelles de « mener une réflexion plus globale (...) sur les prises en charge du DPC par l'Agence » pour « favoriser le développement d'une offre plus variée de typologies d'actions pour toutes les professions et de fixer des plafonds d'heures facilitant la validation de l'obligation de DPC des professionnels de santé ». Un tel travail est effectivement intervenu en 2022.

[572] Pour autant, le manque actuel de diversité des actions continue à ce jour à sous-tendre en partie le volontarisme d'un certain nombre de CNP en matière de création de parcours de DPC, ainsi que la forme très ouverte qu'ils comportent leur donner, à la fois en introduisant d'autres types d'actions, et en prévoyant des actions d'EPP/GDR en dehors de celles publiées par l'agence (cf. partie 2.3.2 *infra*).

[573] Il est par ailleurs remarquable que l'offre d'actions d'EPP et de GDR était encore récemment largement imputable aux orientations prioritaires au titre de la politique nationale de santé, puisque seules 22 % des actions d'EPP (hors programmes intégrés) découlent des orientations par professions ou spécialités, et que ces dernières n'ont par ailleurs inspiré strictement aucune action de GDR, même dans le cas de programmes intégrés. Ceci résulte d'un meilleur ancrage des actions d'EPP et GDR au sein des établissements de santé, qui en tant que structures collectives organisent davantage d'actions multiprofessionnelles se rattachant, de ce fait, à la politique nationale de santé.

Tableau 5 : Types d'actions de DPC publiées selon la catégorie d'orientation prioritaire (2021)

Étiquettes de lignes	OP politique nationale de santé	OP dialogue conventionnel	OP par profession /spécialité	autres	Total général
Evaluation des pratiques professionnelles	381		106		487
Evaluation des pratiques professionnelles + Formation continue	873	2	492	4	1371
Evaluation des pratiques professionnelles + Formation continue + Gestion des risques	4				4
Evaluation des pratiques professionnelles + Gestion des risques	1				1
Formation continue	8141	21	6781	53	14996
Formation continue + Gestion des risques	12				12
Gestion des risques	47				47
Total général	9459	23	7379	57	16918

Source : Données ANDPC, calculs mission

Tableau 6 : 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%
ES/EMS	450	152	1038	6,8	162	217	20,9%	26	2,5%	774	74,6%	21	2,0%
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%
TOTAL	2667	1247	16918	13,6		487	2,9%	47	0,3%	14996	88,6%	1388	8,2%

Source : Données ANDPC, calculs mission

1.2.4.3 Pour les professionnels libéraux non financés par l'agence, l'accès à un autre financeur reste très aléatoire voire impossible, alors que le contrôle est censé relever des ARS

[574] Ces professionnels ont a priori accès aux financements du FIF PL, fonds d'assurance formation des professionnels libéraux. Toutefois, le recours à cette alternative n'est pas toujours possible.

[575] Tout d'abord, parmi les 11 professions de santé non (nécessairement) salariées et non prises en charge financièrement par l'ANDPC, 8 ne peuvent pas bénéficier du financement du FIF PL¹⁶² : il s'agit des 7 professions de l'appareillage médical (audioprothésistes, épithésistes, ocularistes, opticiens-lunetiers, orthopédistes-orthésistes, orthoprothésistes, podo-orthésistes), mais aussi des ambulanciers (ces derniers ne peuvent toutefois aujourd'hui créer un compte, cf. 1.1.2.1 supra) ; ainsi le FIF PL ne se substitue-t-il au rôle de financement de l'agence que dans le cas des diététiciens, des psychomotriciens et des ergothérapeutes (même s'il peut aussi financer d'autres professions de santé en complément de l'ANDPC lorsque leurs quotas sont atteints, selon un principe de prise en charge différentielle). Au sein du FIF-PL, chaque commission professionnelle, constituée par les organisations professionnelles adhérentes, détermine annuellement les critères de prise en charge de sa profession (*thèmes et montants*). La mission note toutefois l'absence de toute mention de l'éligibilité au DPC dans le catalogue du fonds, y compris lorsque des actions semblent pouvoir se rattacher à des orientations prioritaires. Par exemple, dans le cas des diététiciens, il existe une formation « nutrition et diététique dans la prise en charge des pathologies cancéreuses », dont l'intitulé est très proche de l'orientation prioritaire « Prise en charge nutritionnelle des patients atteints de cancer » ; de plus cette formation est assurée par l'institut de cancérologie de Lorraine qui est ODPC ; pour autant, aucune mention relative au DPC ne figure sur les documents afférents.

¹⁶² <https://catalogue-formations.fifpl.fr>

Face à des professionnels en difficulté pour valider leur DPC, une autorité de contrôle elle-même en retrait

Alors que ces professions font face à la double difficulté du financement du DPC et de l'étranglement de l'offre, elles ont aussi la particularité de relever du contrôle des ARS, en vertu de l'Article R. 4021-23 du CSP qui les charge 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). Sur cinq ARS interrogées par la mission, 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 (cf. partie 2.2 de l'annexe 6).

1.3 Dans le contexte d'une gestion centralisée du DPC par l'agence, la mise en œuvre et le suivi du DPC des salariés sont délaissés

[576] La plupart des professions aujourd'hui partagées entre exercice libéral et exercice salarié constatent un accès au DPC moindre et/ou plus malaisé pour les salariés. L'ANDPC constatait elle-même en 2018¹⁶³ que « *le dispositif se déploie progressivement avec une dynamique indéniable au sein des professions libérales. En revanche la mise en œuvre du DPC rencontre des difficultés dans le secteur hospitalier* ».

[577] Cette situation, dont les multiples origines et manifestations sont exposées ci-après, contrevient au principe d'équité interprofessionnelle, alors même que le COP de l'agence invite à prévenir toute « *iniquité de prise en charge des professions de santé* », même s'il ne s'agit dans ce contexte que des professions prises en charge par l'agence.

[578] La faiblesse de l'offre de DPC aux salariés est d'autant plus paradoxale que la plupart des actions ne sont pas financées par l'agence, et que l'ensemble des actions de DPC sont en tout état de cause financées en toute ignorance de l'amélioration du service rendu (d'où l'enjeu épineux de la mesure de l'impact du DPC, voir annexe 1), l'attention étant aujourd'hui encore focalisée sur les modalités d'évaluation de l'impact des actions, et non sur cet impact lui-même.

1.3.1 L'équation financière de la formation des salariés n'est aujourd'hui pas favorable à l'essor du DPC

1.3.1.1 La loi de 2018 a amoindri les ressources dédiées à la formation professionnelle pour les établissements privés de plus de 50 salariés

[579] Chacune des deux fédérations hospitalières du secteur privé pointe en effet l'inadéquation des moyens dévolus. Ainsi, pour la FEHAP, l'obligation de DPC pour les professionnels salariés « *pèse de façon conséquente sur des budgets de formation déjà contraints* ». La fédération

¹⁶³ Propositions pour une dynamique de DPC en établissement de santé et pour des ajustements réglementaires nécessaires pour fluidifier la mise en œuvre du dispositif, 15 mai 2018.

souligne que, du fait d'une « superposition d'exigences dans financement », on assiste à une baisse des budgets alors même que « les besoins en qualifications augmentent »¹⁶⁴. La FHP regrette de son côté « qu'il n'existe aucun financement spécifique pour répondre à cette obligation, ni de budget de formation pour les entreprises de plus de 50 salariés depuis la loi de 2018 », ajoutant qu'« avec la réforme de la formation de 2018, le plan de formation est devenu peau de chagrin ».

[580] De fait, la DGEFP a confirmé à la mission que les fléchages financiers à destinations respectives du PIC, de l'apprentissage et de l'alternance, et du CPF (quote-part versée à la CDC) mobilisent, depuis la loi du 5 septembre 2018 pour la liberté de choisir son avenir professionnel, 90 % des ressources produites par les cotisations légales (1 % formation continue + 0,6 % apprentissage-alternance), le résidu étant en partie dévolu à d'autres dispositifs spécifiques (aide au permis de conduire...). De plus, comme l'a rappelé la FHP « les entreprises de plus de 50 salariés ne peuvent plus utiliser leur contribution légale pour former leurs salariés en poste, dans le cadre de leur plan de développement des compétences¹⁶⁵ (hors PRO A, dont les fonds sont limités à 12 millions d'euros pour plus d'un million de salariés couverts par l'OPCO Santé) ». Il existe certes, en sus, des contributions conventionnelles non mutualisées, dont le niveau est variable selon les OPCO, ainsi que des versements volontaires des entreprises elles-mêmes¹⁶⁶.

[581] Ainsi, un ODPC rattaché à une fondation et gérant des établissements et services sanitaires et médico-sociaux dans le champ de la psychiatrie, du handicap psychique, mental et/ou physique et des addictions, a indiqué que les établissements qu'elle accompagne ne récupèrent rien sur l'obligation légale (1 %, même s'il y a aussi 1 % lié au conventionnel). De même, la représentante du groupe Ramsay a expliqué que suite à la réforme de la formation professionnelle, ses établissements ne bénéficient quasiment pas de la mutualisation OPCO car leur effectif est généralement supérieur à 50 personnes. Cette évolution s'étant conjuguée à la réforme du DPC de 2016 qui a conduit à un réenregistrement des organismes, elle a contribué à ce que la majorité des établissements, qui étaient ODPC, ont cessé de l'être.

[582] La FHP propose ainsi de « dédier une part de la contribution légale au financement du plan de développement des compétences, quel que soit l'effectif des entreprises ». Si un ODPC rattaché à une fondation indique avoir conservé une enveloppe spécifique pour le DPC, il souligne que cela représente une forte contrainte vis-à-vis des enveloppes d'actions collectives.

[583] Au-delà, on peut d'ailleurs noter que c'est le principe même du financement du DPC sur les budgets de formation qui crée parfois des problèmes d'équité entre salariés. En effet, la FEHAP a souligné que le fait que dans les établissements médico-sociaux en particulier, « les professionnels non soumis au DPC se sentent lésés », ce qui constitue pour l'employeur un potentiel enjeu supplémentaire à prendre en compte.

¹⁶⁴ Source : contribution écrite envoyée à la mission

¹⁶⁵ Titre III « Financement de la formation professionnelle », chapitre I, article 37, section 2 « Obligation de financement des employeurs de onze salariés et plus » : *la contribution légale à la formation des entreprises de onze salariés et plus est notamment dédiée au financement du plan de développement des compétences des salariés des seules entreprises de moins de 50 salariés*

¹⁶⁶ L'usage des différents niveaux de contributions est suivi de manière ad hoc, via une comptabilité analytique.

1.3.1.2 Dans les établissements publics de santé, les études promotionnelles et les DU pèsent de façon significative dans les budgets

[584] A la différence des OPCO du secteur privé, l'ANFH n'est 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'année¹⁶⁷. A contrario, les dépenses susceptibles de correspondre à des actions éligibles au DPC (pour les professionnels de santé qui les suivent), c'est-à-dire les actions de type 2b au sens du décret de 2008 modifié sur la formation tout au long de la vie dans la FPH (actions de développement des connaissances et de la compétence – adaptation prévisible à l'évolution des emplois) et 2c (actions de développement des connaissances et de la compétence – développement des connaissances et compétences et acquisition de nouvelles connaissances et compétences) ne représentaient que 29 % du total¹⁶⁸.

[585] Les représentants du CHIC ont par ailleurs indiqué à la mission que 30 % de son budget de formation des personnels médicaux est utilisé pour des DU, bien que ces derniers soient a priori finançables sur du CPF, du moins dès lors qu'ils sont réputés qualifiants¹⁶⁹.

[586] 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. De même, le CNP des infirmières puéricultrices diplômées d'Etat (IPDE) a souligné que la priorité est donnée aux personnels sans diplôme ou souhaitant acquérir un diplôme de niveau supérieur.

[587] 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.

Des suggestions de fongibilité entre enveloppes de formation de la part de divers acteurs

La FEHAP a indiqué souhaiter que les DU/DIU puissent être référencés DPC par défaut, d'autant qu'il existe une vérification ex post de l'acquisition de connaissances, contrairement aux actions de formation continue. Par ailleurs, comme le CPF n'est pas correctement utilisé, les représentants du groupe Elsan ont indiqué s'interroger sur une possible fongibilité des fonds. La FHF et l'ANFH ont rappelé que le périmètre du DPC est un enjeu qui avait été discuté lors du Ségur, l'ANFH ayant toutefois remarqué que cela « n'a pas donné lieu à d'éléments concrets d'amélioration ».

¹⁶⁷ 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.

¹⁶⁸ 62 M€ pour les actions 2b et 222 M€ pour les actions 2c, toutes catégories de personnels confondues.

¹⁶⁹ Du côté des médecins libéraux, le FAFPM a souligné avoir perdu environ 10 % de son budget (1,5 M€ sur 13 M€) au titre du CPF et a indiqué à la mission qu'il refuse par conséquent de prendre en charge des DU/DIU qui, en tant que formations qualifiantes, devraient donc être financés par le biais du CPF.

1.3.1.3 Les dotations de l'ANDPC au titre du DPC des médecins sont sous-consommées

[588] Comme indiqué supra, l'ANDPC doit conventionner avec l'ANFH et l'OPCO santé pour contribuer au financement du DPC des médecins des établissements de santé et médico-sociaux, les deux organismes servant d'intermédiaire financier entre l'établissement employeur et l'agence dans le processus de prise en charge (le médecin s'inscrit à une action dans son établissement qui fait remonter la demande de prise en charge à l'organisme financeur, qui accorde cette prise en charge, paie l'organisme de formation et se fait ensuite rembourser par l'agence).

[589] S'agissant des personnels médicaux des établissements publics de santé, les représentants de la conférence des DG CHU ont remarqué qu'il y a 30 M€ par an pour 64000 professionnels, ce qui représente 400 € par an et par médecin, soulignant que ce niveau n'est pas suffisant même si l'obligation est triennale.

[590] L'ANFH a effectivement transmis à la mission les chiffres suivants pour 2022 : le montant budgété pour le DPC médical s'est élevé à 33,2 M€ (29,7 M€ de cotisations employeurs qu'elle collecte et 3,5 M€ de financement prévisionnel de l'ANDPC), à répartir entre 65000 médecins salariés de la FPH. Mais au début de la mise en place du DPC ces médecins bénéficiaient d'un financement de l'OGDPC bien plus important (17,2 M€ en 2013). L'ANFH impute le très bas niveau actuel du montant versé¹⁷⁰ au pointillisme du processus de validation des factures par l'ANDPC, à laquelle elle a fini par ne plus demander le remboursement de certaines actions. L'agence conteste cette affirmation précisant qu'elle refuse juste les spécialités non prévues dans une action pour laquelle l'organisme n'est pas nécessairement enregistré. 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.

[591] Par ailleurs, le poids prépondérant des actions non prises en charge par l'agence souligne que les cotisations des établissements financent surtout des actions ne s'inscrivant pas dans les OP ou n'ayant pas fait l'objet d'un dépôt auprès de l'ANDPC.

[592] Pour les médecins salariés des établissements privés, l'OPCO santé a rejeté le principe d'une convention triennale proposé par l'ANDPC, qui n'était pas assortie d'une garantie de ressources annuelle, et n'a, selon l'agence, pas demandé de financement en raison de son incapacité à identifier les actions de DPC suivies par les médecins salariés. L'OPCO évoque de son côté le déréférencement d'actions par l'ANDPC pour expliquer l'absence de demande de remboursement. Le montant prévisionnel inscrit, de l'ordre de 1,5M€ par an, n'a donc pas été consommé.

[593] En effet l'OPCO santé comme l'ANFH soulignent les risques associés à certaines actions identifiées comme finançables au moment où le médecin s'inscrit (car répertoriées sur le site de l'ANDPC), mais qui peuvent avoir été déréférencées par l'ANDPC au moment où l'action a lieu (en revanche, si l'action a lieu avant le déréférencement, l'agence la prend en charge). En pareil cas, alors que l'OPCO a donné à l'établissement de santé un accord de prise en charge, il ne peut obtenir le financement en raison du déréférencement. L'organisme envisage donc d'adapter son

¹⁷⁰ En 2021, les dépenses réelles de DPC médical -du périmètre retenu par l'ANFH n'ont été que de 22,2 M€ dont 2,6 M€ seulement financés par l'ANDPC.

processus pour donner un accord de prise en charge à l'issue de la formation, avec la réception de la facture, et d'en informer les adhérents (le process est en cours de spécification). L'établissement devrait alors supporter temporairement – voir définitivement dans certains cas - le coût de l'action de DPC sur ses fonds.

[594] Par ailleurs, la prise en charge de l'ANDPC n'inclut pas les salaires des médecins salariés participant aux actions. L'OPCO et la FHP ont signalé que « d'autorité et sans avertir l'OPCO, l'ANDPC a jugé que seuls les coûts pédagogiques étaient éligibles au remboursement du DPC dans le cadre de la convention », alors qu'habituellement « l'OPCO applique les règles de la formation professionnelle et prend en charge les frais de formation, les salaires et les frais annexes ». L'OPCO Santé s'est effectivement interrogé auprès de la mission sur les raisons de ce revirement et sa base juridique. Ainsi, une action de DPC médical doit aujourd'hui être financée à la fois par l'ANDPC et l'OPCO.

Le sujet de la prise en charge des salaires : un double problème juridique et conceptuel

Les OPCO financent les coûts pédagogiques des actions de formation, les frais annexes (hébergement, transport) et sous certaines conditions, peuvent rembourser une partie des salaires. On peut toutefois remarquer une incohérence dans la prise en charge des salaires au titre des actions de DPC, si l'on compare les bénéficiaires des OPCO aux salariés des centres de santé, dont les « indemnités » sont versées à leur employeur.

Le terme d'indemnités est utilisé par analogie avec les professionnels libéraux pris en charge par l'ANDPC, en l'occurrence sans base réglementaire. Ces « indemnités » sont réputées correspondre à des pertes de revenus liées à l'arrêt de l'activité professionnelle pendant la participation à l'action de DPC, bien que l'on constate une décorrélation entre les niveaux d'indemnités des différents professionnels, et leurs revenus d'activités moyens (cf. annexe 1).

[595] Un article coécrit¹⁷¹ par l'ANDPC et l'*Accreditation Council for Continuing Medical Education* (ACCME américaine) indique que même dans un pays tel que les Etats-Unis, où le coût du DPC n'est pas socialisé, certains employeurs, comme les hôpitaux, octroient la gratuité du bénéfice du DPC qu'ils fournissent, à titre d'avantage social : la situation est alors à l'opposé de celle qui prévaut en France où c'est la prise en charge du financement du DPC des professionnels libéraux qui s'avère aujourd'hui la plus opérante.

1.3.1.4 Certains professionnels salariés peuvent avoir des difficultés à obtenir un financement de la part des OPCO dont ils relèvent

[596] La plupart des réflexions et temps d'échange autour du DPC se cantonnent à citer ou associer l'OPCO Santé et l'ANFH¹⁷². Mais il existe plusieurs autres acteurs du financement qui ne couvrent qu'une faible proportion de professionnels de santé parmi leurs ressortissants et sont de ce fait peu investis sur le champ du DPC, fût-ce de manière involontaire.

¹⁷¹ Vive la Différence : A Comparison of CPD Quality Assurance Systems in France and The United States, publié le 24 avril 2022

¹⁷² Voir par exemples les échanges organisés par l'agence du DPC avec les fédérations, puis étendus à certains financeurs.

[597] Ainsi, le CNP du grand appareillage orthopédique (GAO) a indiqué à la mission que les professions qu'il représente relevaient de l'OPCO *2i* (ex *métallurgie*), vraisemblablement peu au fait des enjeux du DPC ; de plus pour ceux de ces professionnels (notamment podopodiatristes) non-salariés mais parfois employeurs, le budget formation ne se limite pas aux professionnels de santé, car il y a aussi des techniciens et des secrétaires dans leurs effectifs.

[598] De même, le CNP des IPDE a attiré l'attention de la mission sur de possibles cas de structures privées associatives qui ne seraient pas forcément adhérentes à un OPCO¹⁷³; en tout état de cause, le CNP a indiqué que dans le cas des crèches associatives, l'OPCO *cohésion sociale* (ex *Uniformation*, qui couvre par ailleurs les services à domicile, les organismes de sécurité sociale, les salariés de droits privé de Pôle emploi, les organismes de tourisme social et familial, les personnels de l'animation, de l'habitat social, etc.) se sent peu concerné par le DPC.

[599] Au-delà de ces exemples portés à la connaissance de la mission par les CNP rencontrés, la consultation de la liste des conventions collectives associées aux différents OPCO suggère qu'au moins deux autres OPCO couvriraient, eux aussi à titre résiduel, des professionnels soumis à l'obligation de DPC :

- L'OPCO *entreprises de proximité* couvre les salariés des pharmacies d'officine, des cabinets médicaux et dentaires et des laboratoires de biologie médicale mais aussi des salariés appartenant à une myriade d'activités très éloignées du champ de la santé : l'imprimerie de labeur et des industries graphiques, industries de la sérigraphie et des procédés d'impression numérique connexes, greffes des tribunaux de commerce, remontées mécaniques et domaines skiables, détaillants en chaussure, pompes funèbres, boulangerie-pâtisserie artisanale, charcuterie de détail, sociétés d'expertises et d'évaluations, cabinets d'avocats, gardiens, concierges et employés d'immeubles, détaillants, détaillants-fabricants et artisans de la confiserie, chocolaterie, biscuiterie, etc. ;
- L'OPCO *Atlas* qui couvre le secteur bancaire et les assurances, compte parmi les salariés dont il peut financer la formation les médecins conseils des sociétés d'assurance et d'assistance. Le panorama exact des financeurs du DPC reste ainsi à ce jour incertain.

[600] Il apparaît donc que le périmètre institutionnel s'étendant à l'ensemble des professions de santé est trop vaste et diversifié pour s'apparier à une branche ou même un sous-ensemble de branches ; il en résulte que les professionnels soumis au DPC ne relèvent donc pas d'un OPCO ou même d'un sous-ensemble d'OPCO sensibilisés aux enjeux de formation en santé, ce qui peut être source de difficultés pour le financement du DPC de professionnels de santé dont les besoins ne sont pas forcément estimés prioritaires.

[601] 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. En effet, celles-ci sont rarement jugées prioritaires par les collectivités territoriales qui doivent répondre aux besoins de formation de près de 2 millions d'agents fonctionnaires et contractuels, ignorant même parfois l'existence du DPC. L'existence d'un institut de formation dédié aux professions sanitaires et sociales (l'institut national spécialisé

¹⁷³ Ou, éventuellement pas adhérentes au bon OPCO en cas de renseignement d'un code NAF défectueux.

d'études territoriales d'Angers) au sein du Centre national de la fonction publique territoriale (CNFPT) permet néanmoins de prendre en compte ces besoins et de développer une offre de formation dédiée, avec toutefois des difficultés de validation par l'ANDPC (cf. *supra*).

1.3.2 Les employeurs, qui ont leurs propres besoins et contraintes, ne priorisent pas les OP et actions de DPC dans leurs plans de formation

1.3.2.1 Le portage interne du DPC dans les établissements de santé et médico-sociaux est le plus souvent éclaté et distinct pour les professions médicales et non médicales

[602] Tout d'abord, les plus vastes structures employeuses du système de santé que sont les établissements de santé sont confrontées à une gouvernance interne du DPC qui « demeure éclatée », pour reprendre les termes d'une note¹⁷⁴ adressée dès 2018 par l'ANDPC au Directeur du cabinet de la ministre des solidarités et de la santé ainsi qu'à la DGOS.

[603] Les échanges intervenus entre la mission et certains établissements de santé valident en effet le diagnostic alors porté par l'agence, selon lequel « les responsabilités dans ce domaine restent dispersées entre les Ressources Humaines, les Directions qualité, les Commissions médicales d'établissement, les Directions des soins et Commissions des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques ». Les organisations mises en place sont souvent distinctes selon qu'elles concernent le personnel médical, dont la formation est en règle générale gérée par la direction des affaires médicales (DAM), et le personnel non médical, qui relève du service chargé de la formation au sein de la direction des ressources humaines (DRH), ceci s'expliquant notamment par le fait que les plans de formation des deux catégories de personnel relèvent d'instances différentes (respectivement CME et CSE).

[604] L'organisation interne diffère également selon le type d'actions proposées : si la formation continue s'inscrit dans les plans de formation qui sont élaborés et suivis par les DAM et DRH, les actions d'EPP et de GDR relèvent le plus souvent d'autres circuits. Elaborées par les responsables médicaux au sein des services cliniques, pour leurs personnels médicaux et soignants, elles peuvent faire l'objet d'un suivi par la direction chargée de la qualité et de la sécurité des soins, mais ce n'est pas systématique et, par ailleurs, le lien avec la DAM ou la DRH qui assurent le suivi des actions de formation des personnels n'est pas assuré.

[605] Pour ce qui est de la conception du plan de formation (hors EPP-GDR), l'organisation la plus fréquente consiste à mettre en place une remontée des besoins des pôles à la DRH et à la direction de la formation médicale qui arbitrent ensuite en fonction des disponibilités budgétaires et des priorités de l'établissement.

[606] Les représentants du CHU de Bordeaux ont expliqué que le plan de formation non médical est élaboré avec les cadres de santé. Ceux du CHIC indiquent que c'est le service qui inscrit les salariés non médicaux, à travers l'organisme de formation interne. Mais au-delà de la procédure

¹⁷⁴ Propositions pour une dynamique de DPC en établissement de santé et pour des ajustements réglementaires nécessaires pour fluidifier la mise en œuvre du dispositif, 15 mai 2018.

d'inscription, le CNP des aides-soignants a souligné que la proposition elle-même vient beaucoup des établissements, notamment du fait de l'étroitesse des marges budgétaires (cf. 1.3.1.2 *supra*).

[607] S'agissant du personnel médical, les représentants de la conférence des DG de CHU ont indiqué que le médecin commence par demander l'accord de son établissement (il faut un avis du chef de service) ; il y a alors un lien à faire avec l'ANFH qui évalue l'éligibilité de la demande. Les équipes de l'AP-HP, qui présente la particularité de n'être pas financée par l'ANFH, ont exposé que le département de la formation, rattaché aux RH, est en lien avec la direction des affaires médicales, la direction des patients et de la qualité, et la commission médicale d'établissement.

[608] Cet éclatement du pilotage du DPC se conjugue alors parfois à l'insuffisance des budgets décrite *supra* : le CNP des pharmaciens a par exemple remarqué que « dans certaines structures, privées ou publiques, les formations DPC retenues par l'ANDPC n'ont pas forcément été envisagées par la DRH concernée avec l'enveloppe dont elle dispose, ni prévues d'ailleurs. Le CNP souligne que « les salariés sont soumis à acceptation de leur employeur » avec des « difficultés dans les établissements de soins par exemple qui refusent certaines prises en charge ».

[609] Dans ce contexte de difficultés de portage du DPC, l'ONSF a souligné l'intérêt du schéma qui prévaut aux Hospices civils de Lyon (HCL), où la formation des sage-femmes est directement rattachée à la direction des affaires médicales.

1.3.2.2 La construction des plans de formation doit d'abord prendre en compte des obligations diverses parfois assorties de sanctions, nécessitant d'améliorer les connaissances et compétences des personnels

[610] Comme le rappelle une note de propositions¹⁷⁵ de la FHP qu'elle a retransmise à la mission, « 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 ».

[611] A été citée fréquemment par les interlocuteurs de la mission, à titre d'exemple, la formation aux gestes et soins d'urgence, non éligible au DPC : y ont en effet fait référence des acteurs aussi divers que le CNP des aides-soignants, l'ONSF qui a souligné au passage sa durée de 3 jours, le groupe Elsan, ou encore une structure de formation d'un ESPIC, cette dernière dernier soulignant que cette formation relève en revanche de la certification, et s'interrogeant à cette occasion sur la logique du schéma d'ensemble.

[612] 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 ci-après), ou encore en matière de radioprotection (avec à la clé de nombreux enjeux médicotecniques pour le personnel des blocs ou de l'imagerie). Les interlocuteurs du groupe Elsan évoquent de façon plus générique toutes les obligations découlant du droit des autorisations et du processus de certification (cf. ci-après), donnant divers exemples d'actions

¹⁷⁵ Note « propositions d'évolution de la loi pour la liberté de choisir son avenir professionnel », septembre 2022

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).

Les actions au titre de l'accréditation des laboratoires d'analyse médicale

Le CNP des techniciens de laboratoire a indiqué à la mission qu'autrefois les actions à ce titre, qui « parlaient aux techniciens », entraient dans le DPC ; mais l'agence a retiré ces actions justement au motif qu'elles découlaient d'une obligation réglementaire et qu'elles ont été refusées par la CSI des biologistes. Or la formation au titre de l'accréditation représenterait l'équivalent de quasiment un an de formation pour un agent nouvellement recruté ; les équipes du CHIC ont de leur côté évoqué 6 mois « pour avoir une accréditation sur chaque machine ». Cette situation résulte partiellement du fait qu'il y a, selon le CNP, un problème avec le niveau de formation initiale : les BTS ne prépareraient même plus à la moitié de ce qui est attendu, alors même que les fournisseurs ont progressivement rogné sur les frais d'accompagnement du personnel des laboratoires, et finalement perdu en compétence. De plus, la norme oblige à tout refaire à chaque changement d'employeur ou d'équipement. Un laboratoire a d'ailleurs créé son CFA. Dans ce contexte, les uns comme les autres regrettent que ces formations, lourdes et qui se verront toujours octroyer la priorité, ne soient pas intégrées au DPC. Ainsi, elles s'effectuent de manière totalement décentralisée, et en dehors du dispositif de DPC. Selon le CNP, une association européenne des techniciens de laboratoire (EPBS-AFTLM) travaille d'ailleurs sur une uniformisation du niveau des formations, mais la France est « à la traîne ».

[613] De même, la certification des établissements de santé, dont les exigences ont été accrues au fil de ses versions successives, implique une démarche d'amélioration continue de la qualité qui impose de prévoir des formations et des actions collectives d'analyse des pratiques au sein des équipes médicales et soignantes. Les représentants de la conférence des DG de CHU soulignent 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, les équipes du CHIC ont indiqué que la certification est devenue une démarche plus continue (recours aux patients traceurs...) et qu'elle pourrait donc s'insérer dans le DPC¹⁷⁶. De façon analogue, 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.

[614] Il est clair que pour les responsables d'établissements, les actions destinées à renforcer les compétences et connaissances des équipes ou à améliorer leurs pratiques pour répondre à l'ensemble de ces obligations constituent les priorités des plans de formation, compte tenu des contraintes financières précédemment évoquées (cf. 1.2 *supra*).

¹⁷⁶ L'agence a indiqué à la mission avoir contacté la HAS pour qu'un lien soit fait entre DPC et certification des établissements, mais sans obtenir de réponse.

1.3.2.3 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

[615] Dans la FPH, la DGOS adresse chaque année une note d'orientation aux chefs d'établissements visant à appeler leur attention sur les priorités à inscrire dans le plan de formation. Force est de constater que sur la trentaine d'axes de développement des compétences évoqués, la correspondance avec les priorités du DPC n'est pas assurée, comme l'expose l'encadré suivant relatif à la note pour 2023¹⁷⁷.

Analyse des références au DPC dans la note de la DGOS aux chefs d'établissement relative aux axes de développement de compétences

Seuls 4 axes font référence au DPC : 1) Télésanté : indications, bonnes pratiques et mise en place du projet¹⁷⁸ 2) Dénutrition à tout âge, à l'hôpital et dans le secteur médico-social¹⁷⁹ 3) Gestes et soins d'urgence et situations sanitaires exceptionnelles 4) Qualité de l'air (intérieur et extérieur) dans les établissements de santé, sociaux et médico-sociaux.

Parmi ces 4 axes, un seul, celui lié à la qualité de l'air, pointe vers les fiches de cadrage du DPC, mais en l'occurrence sur l'ensemble d'entre elles (via Calameo empêchant toute recherche par mot-clé), et il s'agit des fiches du triennal 2020-2022, alors que les premières versions des fiches associées au triennal 2023-2025 étaient disponibles depuis 4 mois et demi – après vérification, la nouvelle OP n°20 « appréhension des enjeux liés à la santé environnementale », qui comporte une allusion à la « pollution de l'air », semblerait convenir.

Dans le cas des gestes et soins d'urgence et situations sanitaires exceptionnelles (SSE), la référence au DPC prête à confusion, en étant immédiatement suivie d'une mention selon laquelle « la formation aux gestes et soins d'urgence contribue par ailleurs à l'objectif défini par le Président de la République de former avant la fin du quinquennat 80 % des Française et des Français aux gestes de premiers secours » (cette mention, déjà présente dans la note DGOS de 2019, semble d'ailleurs dater du précédent quinquennat). Mais alors que le sujet de l'AFGSU est particulièrement prégnant pour les établissements car il s'agit d'une formation obligatoire (cf. 1.3.2.2 supra), la fiche de cadrage de l'OP de DPC n°9 « préparation et organisation coordonnée, civile et militaire, de la réponse aux SSE et prise en charge somatique et psychique des victimes induites » exclut explicitement le programme de l'AFGSU niveau 1 et niveau 2 à l'exception de son module « Risques collectifs et SSE », ainsi que les « gestes techniques et gestes d'urgence sans lien SSE ». L'étude d'un échantillon de dossiers d'actions refusés par l'agence a d'ailleurs révélé des actions écartées car portant sur des gestes et soins d'urgence situés hors OP du DPC (cf. annexe 5).

¹⁷⁷ Note d'information interministérielle n°DGOS/SDRHSS/DGCS/4B/2022/274 du 12 janvier 2023 relative aux orientations retenues en 2023 en matière de développement des compétences des personnels des établissements mentionnés à l'article 57 de la loi n° 2019-828 du 6 août 2019 de transformation de la fonction publique

¹⁷⁸ Cet axe semble rattachable à la nouvelle OP n°11 « numérique en santé ».

¹⁷⁹ Cet axe semble rattachable à la nouvelle OP n°17 « repérage et prise en charge des troubles nutritionnels ».

[616] 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 d'autonomie à leurs établissements. Dans le cas du groupe Ramsay, les établissements sont invités à construire leur plan de développement des compétences en partant de leurs besoins identifiés, notamment de ceux liés à leur projet d'établissement. Si le DRH du groupe informe les responsables RH des orientations prioritaires du DPC et de l'offre d'actions de DPC déployée par les organismes de formation avec lesquels le groupe conventionne, les établissements ont la liberté de s'emparer de ce catalogue comme ils le souhaitent, en fonction de leurs besoins. Il en va de même au sein du groupe Elsan : dans le cadre d'une organisation décentralisée, le groupe n'a vocation qu'à fournir des outils, dont chaque direction d'établissement se saisit en fonction de ses enjeux RH (formations diplômantes, VAE) mais aussi de son projet médical, car un bon plan de formation est un plan « coproduit », et non imposé d'en haut. Enfin, de manière analogue, le groupe Korian indique ne pas faire du DPC un préalable. La note de cadrage pour 2022 qu'il a adressée à ses directeurs d'EHPAD pour la construction de leurs plans de développement des compétences¹⁸⁰ comporte ainsi 20 thématiques prioritaires nationales devant être prises en compte au même titre que les formations réglementaires et obligatoires et indique les ressources financières mobilisables. Elle ne fait toutefois pas le lien entre ces thématiques et les orientations prioritaires du DPC, bien que le groupe dispose, comme Ramsay et Elsan, de son propre ODPC¹⁸¹.

1.3.3 L'accès des salariés à des actions de DPC est en outre compliqué par le manque d'information et les tensions sur les effectifs

1.3.3.1 Les employeurs sont confrontés à la démultiplication des mots d'ordre et à une tension sur les effectifs... voire à leur propre méconnaissance du dispositif

[617] Tout d'abord, la FEHAP signale dans sa contribution écrite que le problème d'information sur le DPC dépasse parfois les seuls professionnels de santé en se situant en amont, puisque « 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 ». La fédération attribue notamment cette situation à l'absence de communication sur le DPC par les tutelles et les ordres.

[618] Mais même en cas de bonne information des directions, les représentants de la conférence des DG de CHU estiment qu'il y a un sujet de capacité des établissements, non seulement à faire (cf. 1.3.4 *infra*), mais aussi à faire savoir. La FHP a souligné auprès de la mission que la démultiplication des obligations réglementaires se conjugue aux difficultés majeures de recrutement et au turnover important du personnel (renvoyant en la matière au baromètre emploi Opco Santé du 9 décembre 2022). 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

¹⁸⁰ Plan de développement des compétences Korian France 2022.

¹⁸¹ Les ODPC de ces 3 groupes se prénomment respectivement « GIE Ramsay générale de santé hospitalisation », « Université Elsan » et « Korian Academy ». Un certain nombre d'établissements du groupe Ramsay restent enregistrés comme ODPC.

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.

[619] Les interlocuteurs de l'AP-HP ont ainsi reconnu que l'information sur le DPC ne semble pas passer, comme en témoigne l'absence de toute demande de la part de ses 45 000 professionnels de santé non médicaux (voir encadré *infra* concernant la différence de situation entre personnel médical et non médical).

1.3.3.2 Les catalogues de formation établis par les établissements dans le cadre des plans de formation n'identifient pas toujours le DPC

[620] Le CNP infirmier a souligné que le catalogue de formation de l'AP-HP 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 cas de l'AP-HP est ainsi emblématique du caractère difficilement appropriable des plans de formation dans la plupart des établissements. Les représentants du CHIC ont certes indiqué à la mission que les actions de DPC sont identifiées dans le plan de formation, mais aussi rappelé la difficulté associée aux possibles déréférencements par l'ANDPC (cf. 1.3.1.3 *supra* ; de ce fait les organismes attendant parfois la validation par l'ANDPC).

[621] Le CNP des aides-soignants a par ailleurs souligné 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 1.3.2.3 *supra*).

[622] La FHP relève pour sa part que « les collaborateurs ne demandent pas spécifiquement d'actions de DPC dans le cadre du recueil des besoins de formation individuels. Ce n'est pas un sujet dont ils se sont emparés : les actions DPC sont plus perçues comme étant une contrainte administrative, qu'un réel outil de développement professionnel. En effet, les professionnels sont intéressés par des actions en lien direct avec leurs missions et leur métier au quotidien, indépendamment de la validation DPC que l'action de formation leur confère ».

[623] 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), comme le CNP des ergothérapeutes l'a confirmé à la mission. Toutefois, il ressort des échanges de la mission avec la DGCS que la nouvelle mission de centre de ressources territorial pour les personnes âgées, consacrée par l'arrêté du 27 avril 2022, pourrait être un levier de promotion du DPC dans une partie du secteur si la tutelle s'en saisit à ce titre, puisque ledit arrêté évoque la « formation des professionnels » parmi les enjeux du volet 1, relatif à l'appui aux professionnels du territoire. Il est précisé que les publics cibles incluent aussi bien les personnels de services à domicile, que d'EHPAD ou de résidences autonomie, et que l'objectif est « d'améliorer les pratiques professionnelles et de partager les bonnes pratiques ».

Le manque d'information des salariés sur le DPC : l'exemple de l'enquête interne d'une fondation

Un ODPC rattaché à une fondation a réalisé en 2021 un quizz « et si on parlait DPC ? » auprès de ses 790 salariés concernés par le DPC. Les 103 réponses obtenues (qui émanaient pourtant a priori des salariés plus réceptifs) ne sauraient certes être jugées rigoureusement représentatives de l'ensemble des professionnels de santé salariés, mais elles sont édifiantes : si la plupart des répondants savaient désigner l'acronyme DPC, ils étaient aussi une majorité à ne pas savoir comment le dispositif est mis en œuvre (68 % ne savent pas ce qu'est un programme de DPC, 67 % pensent que la réalisation d'un programme se déroule sur 1 ou 2 ans), ni qu'il s'agit d'une obligation qui leur incombe (pour 65 %, le DPC n'est pas obligatoire). Par ailleurs, le déficit de notoriété du site de l'agence est manifeste, puisque 61 % des interrogés ne savent pas où trouver un programme de DPC ; la représentante de l'ODPC a d'ailleurs indiqué à la mission que personne n'a jamais formulé de demande basée sur le site de l'agence. Ce déficit de notoriété est dommageable dans la mesure où l'agence se soucie pourtant de faciliter la recherche par les professionnels, puisque dans le masque de saisie des actions, elle précise à propos du titre de l'action « il doit permettre de trouver facilement dans le moteur de recherche de l'Agence l'action à partir d'un thème ou d'une prise en charge spécifique (pertinence des mots-clés de l'intitulé) ».

1.3.3.3 Parmi les salariés, la situation est moins défavorable pour les personnels médicaux.

[624] En effet, les différents entretiens menés par la mission convergent pour indiquer que le DPC est davantage mis en œuvre parmi les personnels médicaux : les représentants de la conférence des DG de CHU ont ainsi centré leurs propos sur ces derniers, les équipes de l'AP-HP indiquant qu'ils sont en pratique les seuls professionnels concernés par le DPC. Le CHU de Bordeaux et le CHIC indiquent que les personnels médicaux peuvent s'inscrire individuellement à des actions de formation, même hors plan de formation de l'établissement mais sans bénéficier de l'avance de frais. De même à l'AP-HP, les médecins peuvent s'inscrire et demander leur prise en charge financière mais sans garantie de l'obtenir, cette prise en charge s'effectuant dans la limite d'un forfait annuel.

[625] Cette différence de situation résulte probablement d'une conjonction de facteurs : existence d'un financement ad hoc pour les médecins des établissements publics de santé, moins grande crainte d'un éventuel reste à charge¹⁸², plus grande attention traditionnellement portée aux enjeux de formation par les professionnels les plus diplômés, et plus grande attention des établissements à leur endroit, la formation étant par ailleurs un élément d'attractivité particulièrement prononcé pour ces professions.

[626] 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.

¹⁸² Les équipes de l'AP-HP ont en effet indiqué à la mission que tous les médecins ne demandent pas la prise en charge financière des actions suivies.

1.3.3.4 En outre, les règles de la commande publique ne permettent pas aux employeurs concernés de s'adresser directement à des ODPC extérieurs

[627] Pour ses achats de formation, un établissement de santé ou médico-social ayant la qualité de pouvoir adjudicateur (ce qui est notamment le cas des établissements publics) est tenu d'appliquer le code de la commande publique. Dès lors, quand il souhaite proposer à ses salariés une action de DPC, il ne peut pas s'adresser librement aux ODPC extérieurs enregistrés par l'agence.

[628] Deux solutions s'offrent à l'établissement employeur :

- la première, pour des achats de faibles montants donc concernant peu de salariés, est d'utiliser les possibilités d'achats sans formalités préalables (étant précisé que le respect du seuil doit s'apprécier par rapport à des besoins homogènes cumulés sur l'année), c'est-à-dire sans publicité ni mise en concurrence ;
- la seconde consiste à lancer une procédure de marché classique (marché à procédure adaptée ou appel d'offres en fonction du montant estimé du besoin) en spécifiant dans les pièces du dossier de consultation que le titulaire du marché devra être enregistré à l'ANDPC et faire valider son action par celle-ci.

[629] La seconde option soulève toutefois une grande incertitude puisqu'au moment où l'établissement lance la procédure et même au moment où il attribue le marché, il n'est pas garanti que l'action sera validée par l'agence (cf. *supra*), ne serait-ce que du fait du délai de trois mois fixé par cette dernière pour l'instruction des actions déposées.

[630] Dans le cas où l'action est validée par l'agence, il n'est toutefois pas certain qu'elle le restera sur toute la durée du marché, notamment si l'établissement établit un marché pluriannuel, ce qui est fréquent pour limiter la charge administrative induite par la conduite des procédures d'achat.

[631] Ces enjeux de gestion des marchés illustrent que le fonctionnement du DPC est conçu pour les professionnels libéraux, libres du choix des actions qu'ils veulent suivre, et non pour des professionnels salariés pour lesquels l'accès au DPC doit s'inscrire dans une logique collective.

1.3.3.5 Le contrôle de l'obligation des salariés par les ordres et les employeurs n'est pas effectif

[632] Le contrôle de l'obligation de DPC pourrait représenter une incitation forte à la démarche pour les salariés. Or les deux autorités chargées de ce contrôle, les ordres professionnels et les employeurs, ne se sont pas emparées de cette responsabilité.

[633] Du côté des ordres, la principale raison de la faible implication dans le contrôle des salariés tient au manque d'informations sur les actions qu'ils ont suivies. Cette absence d'information tient d'abord à des problèmes d'identification des professionnels dans le RPPS : c'est le cas par exemple pour les infirmiers des établissements de santé et médico-sociaux, dont une partie (10 à 20 % selon le CNOI) ne sont toujours pas déclarés à l'ordre et ne disposent donc pas de numéro RPPS. Cette situation devrait se régler progressivement, avec l'obligation d'une inscription au RPPS pour bénéficier d'une carte CPS, elle-même devenant progressivement obligatoire pour accéder aux systèmes d'information hospitaliers, et pour être recrutés. Mais même si le salarié dispose

d'un numéro RPPS, l'ordre dont il dépend ne recevra d'informations à son sujet que s'il ouvre un document de traçabilité (DDT) à l'ANDPC et dépose ses attestations, ce qui reste une situation très rare (environ 3 % d'ouverture de DDT par des professionnels non financés par l'agence en décembre 2022).

[634] Les représentants du CNOM se sont en outre interrogés sur ce que veut dire veiller au respect de l'obligation, en l'absence de sanctions (et l'on pourrait ajouter, dans le cas de certaines professions, en l'absence d'accessibilité). De fait, comme déjà souligné (cf. 1.3.2.2 *supra*), le DPC est en concurrence avec d'autres obligations qui sont, elles, assorties de sanctions.

[635] Du côté des employeurs, l'intérêt à agir pour contrôler l'obligation de DPC de leurs salariés apparaît limité. D'une part, ils peuvent difficilement intervenir en contrôle alors qu'ils n'ont pas nécessairement agi pour promouvoir le dispositif, ni, surtout, ouvert des possibilités d'accès aux actions de DPC dans les plans de formation où ces actions ne sont pas toujours identifiées. D'autre part, le constat que l'obligation n'a pas été respectée les obligerait à agir pour développer les actions de DPC au sein de leur structure alors qu'ils n'en ont pas forcément les moyens.

[636] De plus, le contrôle des obligations des salariés se révèle difficile pour certaines professions qui ne sont pas enregistrées dans les répertoires Adeli ni RPPS et ne peuvent de ce fait ouvrir un DDT, ce qui empêche en particulier tout contrôle de leur démarche de DPC en cas de changement d'employeur. C'est le cas par exemple des aides-soignants, des préparateurs en pharmacie et des auxiliaires de puériculture. Il faut aussi mentionner le cas des médecins médicaux, la Drees ayant indiqué à la mission qu'ils ne sont en pratique pas encore recensés au répertoire Adeli bien qu'ils y figurent en théorie, faute de parution des textes réglementaires dédiés.

[637] Cette absence du levier du contrôle constitue un facteur supplémentaire de déresponsabilisation, tant des employeurs que des ordres, qui s'ajoute aux contraintes financières et organisationnelles mentionnées par ailleurs.

[638] A l'opposé du cas français, aux Etats-Unis, le suivi des professionnels concernés (en l'occurrence, des seuls médecins) semble plus effectif puisque l'article coécrit¹⁸³ par l'ANDPC et l'*Accreditation Council for Continuing Medical Education* (ACCME américaine) fait référence au mécanisme de renouvellement des médecins (« relicensure »), notamment fondé sur des nombres de points de DPC. Dans le cas français, Une plus grande effectivité des contrôles ne constituerait toutefois un levier de promotion du dispositif que pour autant qu'il soit réellement accessible à l'ensemble des professionnels de santé (cf. 1.2.4 *supra*), et qu'il s'articule avec les autres obligations actuelles ou à venir (cf. partie 2 *infra*).

¹⁸³ Vive la Différence: A Comparison of CPD Quality Assurance Systems in France and The United States, publié le 24 avril 2022

1.3.4 Le dépôt des actions des ODPC employeurs apparaît trop complexe eu égard à l'organisation interne de la plupart d'entre eux, notamment en matière d'EPP et GDR

1.3.4.1 Le contexte d'un surcoût des actions de DPC, encore plus prononcé en cas d'externalisation, est un motif supplémentaire de développer des actions en interne

[639] Dans sa contribution écrite envoyée à la mission, l'ANFH rappelle que l'article L.4021-5 du Code de la Santé publique dispose que « *le développement professionnel continu se réalise dans le respect des règles d'organisation et de prise en charge propres aux différents secteurs d'activité des professionnels de santé, notamment par les employeurs* »

[640] Une telle disposition favorise a priori la mise en place d'actions internes, en prenant acte des spécificités d'organisation des employeurs de professionnels de santé. Elle est d'autant plus utile que les actions développées en interne sont moins onéreuses que les actions externalisées, au moins au-delà d'un certain effectif, comme l'ont observé les représentants du CHIC.

[641] Cet élément importe d'autant plus que les actions de DPC coûtent déjà un peu plus cher que les formations classiques, comme l'a souligné la représentante du groupe Ramsay (alors que la grille de remboursement est, selon les interlocuteurs de l'AP-HP, la même pour toutes les actions externes, labellisées DPC ou pas).

[642] Les établissements de santé et médico-sociaux enregistrés auprès de l'agence sont un certain nombre à utiliser cette faculté puisqu'en 2021 152 d'entre eux ont pu publier au total 1038 actions de DPC via l'agence : 774 actions de formation continue, mais aussi 217 actions d'EPP, 26 actions de GDR et 21 programmes intégrés. Les nombres associés aux actions d'EPP et de GDR peuvent paraître faibles, mais la comparaison avec les autres catégories d'ODPC montre une nette surreprésentation de ces actions dans le DPC proposé par les établissements de santé et médico-sociaux, qui apparaît d'une typologie plus variée (alors que l'EPP et la GDR y représentent respectivement 20,9 % et 2,5 % des actions publiées, ces proportions ne s'élèvent qu'à 1,7 % et 0,1 % pour les autres ODPC). Ainsi ces établissements proposent ainsi à eux seuls 44 % des actions d'EPP, et 55 % des actions de GDR publiées, tous ODPC confondus (pour à peine 5 % des actions de formation continue). Encore ces chiffres sont-ils sous-estimés car quelques groupes privés ont créé des ODPC enregistrés sous forme de structures associatives ou commerciales. Par ailleurs, il s'agit 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).

[643] Toutefois, la représentante d'un institut de formation associatif (ODPC) indique qu'il y a beaucoup moins de formateurs avec le temps, car au-delà d'une tendance de fond déjà défavorable pour d'autres causes (dont la tension sur les personnels), le label DPC « fait fuir ». Les équipes du CHIC observent d'ailleurs qu'au fil du temps, même les organismes externes déposent moins. Celles de l'AP-HP confirment de leur côté que « ce n'est pas très à la mode de faire des formations, encore moins du DPC » et que ceux qui en assurent en interne le font après y avoir été expressément incités par la CME.

1.3.4.2 Un premier défi est lié aux délais de traitement des dépôts d'actions par l'ANDPC, qui entravent l'adaptation aux enjeux qui jalonnent la vie interne des établissements

[644] Les délais de traitements des dépôts d'actions, pointés par la FEHAP qui estime que le délai d'instruction est long, sont de fait unanimement décrits comme problématiques : la FHP indique ainsi que « 2 ou 3 mois c'est beaucoup trop long », ce point ayant également été souligné par les représentants d'établissements tels que le CHIC ou le CHU de Bordeaux, qui estiment que cela ne permet aucune réactivité, ou par un ODPC rattaché à une fondation gérant des établissements et services sanitaires et médico-sociaux.

[645] Ainsi, un établissement relevant de la FEHAP prend l'exemple du dépôt d'une formation « sur la gestion des situations tendues » (OP 176) : « il a été très difficile de répondre aux précisions demandées par l'agence car le programme, même s'il a une base théorique très définie, s'adapte aux situations du quotidien. Or les incivilités envers les soignants sont nombreuses et variées, difficiles de toutes les préciser. Nous faisons le choix de nous adapter au vécu des stagiaires et donc plusieurs jeux de rôles seront proposés et sont difficilement explicables à l'avance ».

[646] Le fait que l'action doive être complètement précisée dans son contenu et ses modalités dès son dépôt sur le site de l'ANDPC pose aussi problème au CNFPT, qui conçoit des actions nationales, qui sont ensuite déclinées par les directions régionales¹⁸⁴ et agences pour les adapter au contexte local.

1.3.4.3 Un second défi est lié aux méthodologies impliquant de réunir les mêmes professionnels conjointement, parfois à plusieurs reprises

[647] Au-delà du manque de réactivité aux enjeux jalonnant la vie interne des établissements, c'est aussi le choix de la déclinaison organisationnelle de certaines actions collectives – notamment d'EPP et de GDR - qui pose problème dès le stade du dépôt, a fortiori dans le contexte actuel de tension sur les effectifs de professionnels de santé. Un institut de formation associatif (ODPC) remarque de manière générale 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).

[648] Les fédérations hospitalières pointent, a fortiori, les conditions de validité plus exigeantes de certains types d'actions.

[649] La FEHAP évoque ainsi 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 » Elle ajoute que la mise en œuvre est difficile sans outil informatique dédié qui permette d'identifier le respect des périodicités (la FEHAP estime ainsi qu'« il paraît donc indispensable que ces actions menées dans le cadre du DPC puissent être valorisées dans la cadre de la certification périodique », cf. partie 2 infra). La FHP, qui qualifie

¹⁸⁴ L'INSET d'Angers, l'un des 5 instituts spécialisés du CNFPT, centre de ressources et d'expertise spécialisé sur les sujets santé/social, a des référents dans les DR et les aide à décliner les actions qu'il monte.

certaines règles de « non réalistes », abonde dans le même sens lorsqu'elle mentionne l'« obligation de présence à 3 CREX/RMM 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 !) ».

[650] Mais la FHP signale aussi la méthode du patient traceur avec l'« obligation de l'inscription de 5 participants indemnisés pour prise en charge et valorisation de l'Agence (or un patient traceur par exemple est suivi en général par un médecin) » ; cette préoccupation a également été exprimée par les représentants du groupe Elsan.

1.3.4.4 Les demandes d'informations liées aux intervenants sont perçues comme excessives, voire bloquantes dans certains contextes institutionnels

[651] La représentante d'une structure de formation d'un ESPIC a fait état de la lourdeur des demandes liées aux déclarations d'intérêt des intervenants quand il s'agit de salariés à temps plein de la structure. Les équipes du CHIC ont abondé dans ce sens en signalant que la demande de déclarations d'intérêt est assez mal comprise. Celles du CHU de Bordeaux ont certes indiqué que de leur côté les déclarations d'intérêt sont déjà saisies au titre d'autres problématiques, mais ce constat renvoie probablement à la spécificité des CHU, avec des profils de professionnels davantage confrontés aux enjeux de liens d'intérêt du fait de la nature plus diversifiée de leurs activités (avec notamment les PUPH). Ce seraient donc ainsi les plus grands établissements qui sont les moins pénalisés par cette demande.

[652] Certes, les déclarations d'intérêt des intervenants¹⁸⁵ ne sont pas requises dès le dépôt de l'action si leur identité n'est pas encore connue de l'ODPC. Elles ne sont en effet obligatoires que dans le cadre du volet 2 du dossier, constitué en vue d'une éventuelle évaluation par la CSI compétente, et que l'agence ne demande donc aux organismes de remplir qu'une fois l'action publiée. Pour autant, cette temporalité moins exigeante n'évacue pas le questionnement quant à la pertinence même de la demande pour certaines typologies d'établissements.

[653] De plus, le CNFPT a estimé la procédure inadaptée à son fonctionnement déconcentré, dans le cadre duquel le contenu des actions est finalisé avec la collectivité demandeuse, ce qui suppose que le choix des intervenants est défini localement alors qu'il faut leurs CV et DPI pour le volet 2 du dépôt de l'action.

1.3.4.5 Ainsi, la grande majorité des actions d'EPP et de GDR suivies par les professionnels salariés ne figure pas au catalogue de l'agence

[654] Comme déjà exposé en 1.2.2.4 supra, l'ANDPC ne fait pas le pari de la capitalisation du dispositif sur les actions spontanément engagées par les structures employeuses.

[655] La FEHAP a relayé le témoignage d'établissements qui estiment que le montage des dossiers « est fastidieux et manque de simplicité ». Les représentants du CHU de Bordeaux, qui est de loin l'établissement de santé publiant le plus d'actions de DPC, ont d'ailleurs signalé à la mission avoir éprouvé le besoin de disposer d'un référent à l'ANDPC. Si cette demande a été satisfaite, elle a

¹⁸⁵ Cela ne s'applique pas aux concepteurs d'actions.

consisté à mobiliser le seul médecin de l'effectif permanent de l'agence hors instances, le directeur du développement et de la qualité du DPC ; si bien que ce mode de fonctionnement particulier n'est pas répliquable.

[656] Du fait de la difficulté pour les établissements de faire valider les actions du type EPP ou GDR qu'ils veulent eux-mêmes réaliser en interne (pour leur personnel) parce qu'elles ne répondent pas à tel ou tel critère, beaucoup semblent y avoir renoncé 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.

[657] 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 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 nettement plus élevée que la moyenne pour ce type d'ODPC, 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.

Le cas particulier du CHU de Bordeaux

Le CHU de Bordeaux peut sembler une exception à la règle qui veut que beaucoup d'actions menées en milieu hospitalier et assimilables à du DPC ne sont pourtant pas déposées à l'ANDPC. A la création du DPC, au début des années 2010, le CHU a mis en place une organisation spéciale pour répondre à l'intérêt des professionnels (en particulier des médecins) pour le nouveau dispositif. Cette organisation repose sur une cellule dédiée au sein de l'unité méthode et évaluation en santé (UMES) de la direction de la qualité et de la gestion des risques (DQGR), la cellule d'appui méthodologique pour les évaluations des pratiques professionnelles en santé (CAMEPPS). Dotée d'un médecin responsable, d'un cadre et d'un assistant qualité de la DQGR à temps partiel et assistée d'un interne, cette cellule est chargée de centraliser l'ensemble des EPP réalisées dans l'établissement, d'accompagner les professionnels porteurs des actions, de valider les méthodes appliquées, et de suivre leur réalisation. Pour le dépôt des EPP sur le site de l'ANDPC, elle est en lien avec le service formation de la DRH qui dispose d'un agent dédié à cette tâche.

Grâce à cette organisation, le CHU a pu faire valider par l'ANDPC 162 de ses actions en 2021, dont 129 d'EPP (et 12 de GDR), très au-delà donc des niveaux constatés dans les autres CHU. Toutefois, le fichier envoyé à la mission par la cellule d'appui méthodologique aux EPP et à la pertinence des soins dudit établissement fait état de 247 EPP validées cette même année au sein du CHU, ce qui indique que même pour cet hôpital particulièrement volontariste en matière d'enregistrement, près d'une moitié des actions ne sont pas enregistrées auprès de l'agence.

[658] Autrement dit, les actions se font quand même mais sans être labellisées DPC. La situation est la même dans le secteur privé : ainsi la représentante du groupe Ramsay a-t-elle indiqué que, suite au non-renouvellement d'enregistrement de nombre de ses établissements, « les programmes sont toujours présents, mais pas enregistrés ».

[659] Il est au demeurant difficile de savoir si les actions non déposées seraient rattachables à des orientations prioritaires. Les représentants de l’AP-HP, non financée par l’ANFH, indiquent pour leur part que 40 formations médicales seraient éligibles au DPC, en sus de la dizaine officiellement validées par l’ANDPC. La représentante d’une structure de formation d’un ESPIC a de son côté indiqué organiser plusieurs formations qui ne s’inscrivent pas dans les OP. Enfin, les équipes du CHIC estiment que 60 % des actions intra seraient éligibles au DPC.

[660] Si les équipes du CHIC indiquent qu’en matière d’actions d’EPP ou de GDR, « tout le monde y passe plus ou moins sur un triennal », elles soulignent que l’établissement aurait en revanche plus de mal à passer tout le monde à la formation continue, qui relève davantage d’une démarche individuelle du professionnel lui-même.

1.3.5 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

1.3.5.1 Les actions multiprofessionnelles ne sont pas assez diversifiées pour s’adapter à tous les types d’établissements

[661] Dans la contribution écrite de la FEHAP, il est indiqué que « les propositions actuelles du DPC correspondent peu aux besoins des établissements médico-sociaux ou au secteur sanitaire très spécialisés. Ces équipes de petite taille travaillent en équipe pluridisciplinaire et organisent leurs EPP et GDR en équipe. Nous sommes donc dans l’obligation de choisir les orientations du premier groupe [ie : orientations s’inscrivant dans le cadre de la politique nationale de santé publique]. 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) ».

[662] Un institut de formation associatif a d’ailleurs indiqué à la mission que face au manque de diversité des thèmes pour certains établissements, l’alternative choisie est de varier les méthodes.

[663] Le tableau suivant montre l’appétence des établissements sanitaires et médico-sociaux pour les actions multiprofessionnelles, puisqu’ils sont les seuls ODPC pour lesquels elles prédominent au sein de l’offre proposée.

Tableau 7 : Parts respectives des actions mono- et multiprofessionnelles au sein de l’offre de DPC, par type d’ODPC

type d’ODPC	actions monoprofessionnelles	actions multiprofessionnelles	%
unipersonnels	477	272	36,32%
commerciaux	7439	3338	30,97%
associatifs	4237	1652	28,05%
ES/EMS	463	728	61,13%
universitaires	422	303	41,79%
autres	64	111	63,43%
Total général	13102	6404	32,83%

Source : Données ANDPC, calculs mission

[664] Les établissements jugent donc souhaitable d'augmenter les orientations s'adressant à tous les professionnels. La FEHAP a ainsi indiqué regretter le choix de limiter aux infirmiers l'orientation relative à la gestion de la violence et de l'agressivité des patients et de leur entourage, avec selon elle un risque de corseter l'échange (ce sujet a aussi été évoqué par un ODPC rattaché à une fondation gérant des établissements et services sanitaires et médico-sociaux). L'agence a toutefois rappelé que cette orientation a été généralisée dans le cadre du nouveau triennal (orientation n°295), finalisé plusieurs semaines après les échanges entre la mission et la FEHAP. La fédération avait toutefois également déploré également que l'OP 16, relative au déploiement de l'activité physique adaptée, ne puisse être menée dans un cadre pluriprofessionnel, ce qui est resté le cas dans la version finale des fiches du cadrage du nouveau triennal (alors que dans le précédent, deux actions destinées à l'ensemble des professionnels conduisaient à évoquer l'activité physique adaptée).

1.3.5.2 La définition des cibles des actions de DPC ne prend pas en compte les spécialités d'exercice

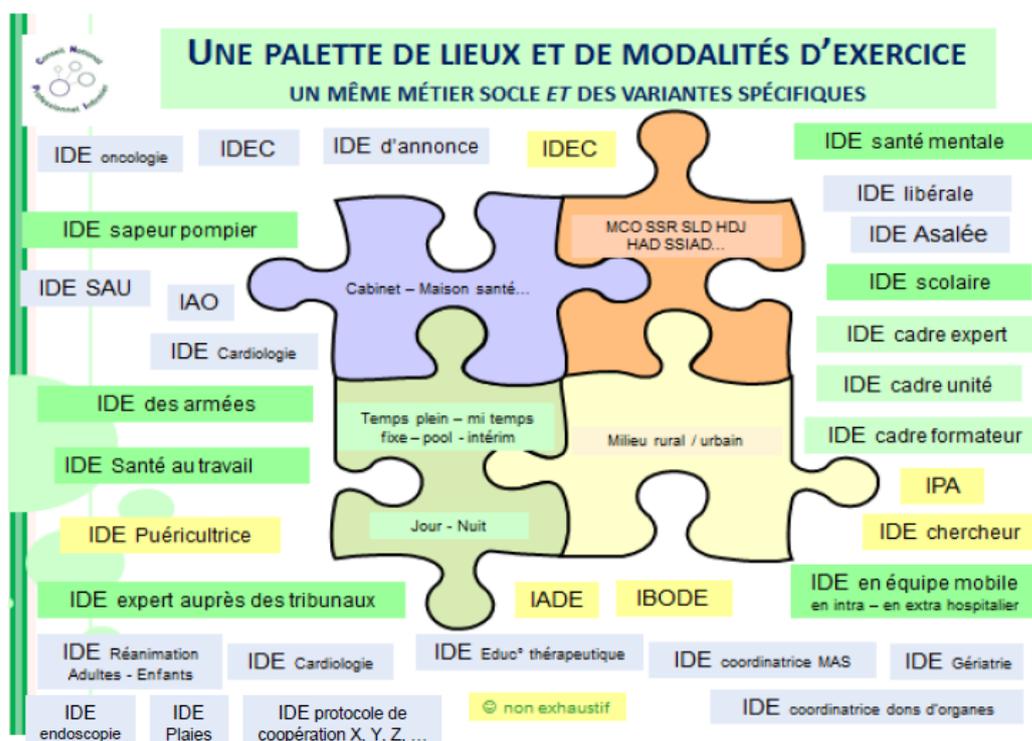
[665] Le RPPS n'identifie pas l'éventuelle spécialité d'exercice des professionnels, même si le répertoire opérationnel des ressources (ROR) qui est en construction le permet. Or le CMG a par exemple signalé à la mission qu'il est courant que des médecins généralistes exercent en tant qu'urgentiste dans un établissement de santé. De ce fait, le médecin ne pourra pas être pris en charge par l'agence pour une action concernant sa spécialité d'exercice car elle ne l'identifie que comme généraliste et ne lui financera donc que des actions destinées aux médecins généralistes. Les équipes du CHU de Bordeaux ont confirmé cet enjeu d'inadaptation du ciblage des actions de DPC.

[666] L'ANFH ne dit pas autre chose dans sa contribution écrite, en identifiant parmi « les causes principales » du désinvestissement des professionnels : « *la rigidité de l'ANDPC, l'inadéquation de l'offre de l'ANDPC par rapport à la réalité de l'exercice, et notamment l'ignorance de l'exercice pluridisciplinaire, de la collégialité, et des différentes modalités d'exercice. Par exemple, les médecins généralistes travaillent dans les services d'urgence, de gériatrie, de spécialité d'organes, voire de chirurgie, où ils assurent la prise en charge des pathologies courantes des patients dans le cadre d'un parcours de prise en charge organisé. (...) Or dans le futur, ces praticiens vont prendre une place croissante dans le fonctionnement des services. Un généraliste a besoin de s'acculturer à la spécialité dans laquelle il intervient* ».

[667] Mais si l'exercice des médecins se spécialise, les infirmiers sont, eux, d'après leur CNP souvent affectés dans des services demandant des compétences spécifiques non acquises par la formation initiale, d'où un enjeu de l'adaptation à l'emploi, dont le CNP a d'ailleurs souligné qu'elle fait partie du champ du décret de 2008 sur la formation. L'agence estime que l'adaptation à l'emploi relève de la formation mais non du DPC ce qui 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 qu'il n'est pas certain que l'employeur aura les ressources pour financer d'autres actions qui relèveraient -elles- du DPC.

[668] La multiplicité des formes et des environnements d'exercice des infirmiers, exposée dans le schéma suivant, illustre bien l'inconvénient de prétendre encadrer les besoins de DPC de la profession en limitant le nombre de ses orientations prioritaires.

Schéma 1 : La diversité des environnements professionnels : l'exemple de la profession infirmière



Source : CNP des infirmiers

1.3.5.3 Les professions dont l'exercice salarié est trop protéiforme ou minoritaire sont également insuffisamment prises en compte

[669] La profession des pharmaciens, numériquement importante, mais dont l'ordre est organisé en sections, fournit un bon exemple de dispersion des environnements professionnels. Le CPOPH (CNP des pharmaciens) indiquait à la mission, début mars 2022, que si 53 975 pharmaciens exercent en officine (section A de l'ordre, et D en ce qui concerne les adjoints d'officine), 7 899 sont présents en établissements de santé (section H de l'ordre, avec notamment les pharmacies à usage intérieur), 6 964 en laboratoire de biologie médicale (section G de l'ordre), 4 069 dans l'industrie (section B de l'ordre), 1 246 dans la distribution en gros et l'exportation (section C de l'ordre), tandis que 1 101 réalisent d'autres exercices encore (section D de l'ordre¹⁸⁶). Or, selon le CNP certaines formations destinées aux pharmaciens de l'industrie pharmaceutique et de la distribution en gros (sans lien direct avec les patients et autres professionnels de santé) n'ont pas de lien avec leur activité professionnelle (interprofessionnalité, vaccination...). L'ordre national des pharmaciens a d'ailleurs estimé dans sa contribution écrite que « l'accès à la formation ou à d'autres actions pour les pharmaciens salariés est plus difficile que pour les libéraux (absence ou difficultés de prise en charge, disponibilité, modalités de choix) ». Les données de l'agence pour 2021 montrent effectivement que les pharmaciens industriels/répartiteurs n'ont accès qu'à

¹⁸⁶ Il existe aussi une section E qui regroupe les pharmaciens exerçant hors de France métropolitaine.

163 actions, loin des 1735 actions constatées pour les pharmaciens titulaires d'officine, ou même des 800 actions ouvertes aux pharmaciens hospitaliers.

[670] 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.

[671] De même, le conseil de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes constate que lors de toutes ses tournées en région les professionnels des établissements de santé déclarent avoir de grandes difficultés à accéder à des actions de DPC : leurs besoins ne sont pas pris en compte car ils sont une profession très minoritaire en établissement de santé, et on ne leur proposerait que des actions de type formation incendie ou gestes et postures mais pas d'action de DPC. Dans ces conditions, l'ordre n'entend pas sanctionner des professionnels salariés qui n'auraient pas pu suivre des actions de DPC.

[672] Le Conseil de l'ordre des sage-femmes signale également la difficulté d'accès à des actions de DPC pour les salariées : relevant pour leur formation des DRH des établissements et non des DAM, elles ne se voient souvent proposer que des actions généralistes destinées aux professions paramédicales et doivent donc financer elles-mêmes les actions de DPC du catalogue de l'ANDPC spécifiques à leur profession auxquelles elles voudraient accéder.

[673] Le CNP des ergothérapeutes a quant à lui attiré l'attention sur le fait que moins de la moitié d'entre eux exercent dans le secteur sanitaire, il y a en effet d'autres environnements professionnels aussi divers que les SSR, les MDPH, et les services à domicile.

[674] Le CNP du grand appareillage orthopédique fournit un dernier exemple de salariés 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.

1.3.6 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

[675] L'enregistrement des actions de DPC suivi par les salariés est de la responsabilité des employeurs et de leurs salariés eux-mêmes, qui ont la possibilité d'ouvrir un DDT sur le site de l'ANDPC pour y déposer leurs attestations.

[676] Celles-ci sont délivrées par les ODPC qui les adressent aux salariés et/ou à l'employeur. Le CNFPT a ainsi signalé que l'ANDPC exige de sa part, en tant qu'ODPC, de fournir des attestations de suivi d'action de DPC selon un format type ne correspondant pas à ce que produit automatiquement le SI du CNFPT d'où la nécessité de les produire manuellement ce qui représente une lourde charge alors même que les professionnels de santé ne représentent que

35 000 agents sur les 2 millions de la FPT. Le CHIC, employeur et ODPC, ne remet des attestations DPC que pour les actions enregistrées en bonne et due forme auprès de l'agence, attestations que les salariés ne demanderaient quasiment jamais. Également interrogé sur le sujet, la représentante d'une structure de formation d'un ESPIC estime pour sa part que les attestations fournies vont très probablement la plupart du temps à la poubelle. Dans tous les cas, ni les ODPC ni les employeurs n'adressent directement les attestations à l'ANDPC où à l'ordre professionnel. 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. Les groupes Elsan et Ramsay indiquent ainsi ne pas avoir à disposition de SI qui permettent de transmettre automatiquement des informations à l'ANDPC, les représentants d'Elsan précisant que le suivi des actions est quantitatif et non individualisé, et que les actions labellisées DPC ne sont pas identifiées. Un OPDC rattaché à une fondation gérant des établissements et services sanitaires et médico-sociaux déclare, lui aussi, ne pas disposer d'outils de suivi du DPC. Il adresse des attestations de suivi aux salariés après chaque session selon une procédure qu'il est en train de réviser pour respecter le RGPD mais l'alimentation du DDT et la communication aux ordres sont « à la main des publics DPC ».

[677] Dans les centres de santé affiliés à la FNCS, la situation est différente puisque les salariés s'inscrivent directement auprès de l'ANDPC qui finance leur DPC et alimente leur DDT. En revanche, les gestionnaires de centre ne savent pas si le professionnel a suivi des actions de DPC, si bien qu'il n'y a pas de tableau de bord de suivi des formations au niveau des centres ni de la fédération.

[678] 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 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. Le CNP IPDE a confirmé à la mission que beaucoup d'établissements n'utilisent pas les possibilités offertes. 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.

[679] Dans ce contexte où le traçage du DPC des salariés dépend de l'initiative individuelle de ceux-ci, le CPOPH (CNP des pharmaciens) ne peut que constater que *« les statistiques fournies par l'ANDPC concernant les pharmaciens (...) ne concernent que les professionnels libéraux qui ne représentent que 38 % de l'effectif des pharmaciens au 1er janvier 2022. Elles ne sont donc pas exploitables. Le CNP ne détient aucun indicateur permettant d'évaluer la progression de la formation des professionnels »*. De même, le CNP des ergothérapeutes indique que l'ANDPC devrait arrêter de communiquer sur des chiffres à zéro.

[680] Par ailleurs, un ODPC rattaché à une fondation gérant des établissements et services sanitaires et médico-sociaux, remarque que l'absence d'action préventive auprès des salariés induite par le défaut d'effectivité du suivi fragilise les salariés, notamment en cas d'incident grave mettant en cause leur responsabilité.

[681] Face à ces enjeux, l'ANDPC avait initié fin 2020/début 2021 des échanges avec les fédérations, sur lesquels revient la section 2.3 de l'annexe 6.

2 La nécessité d’assurer la cohérence avec le nouveau dispositif de certification périodique des professions à ordre conduit certains des CNP concernés à élargir le périmètre du DPC bien au-delà des actions figurant au catalogue de l’agence

2.1 Les objectifs des deux dispositifs se recoupent très largement, appelant une articulation étroite et lisible pour les professionnels concernés

[682] Sur la base de travaux préparatoires engagés depuis 2017 et ayant donné lieu à deux rapports¹⁸⁷, une ordonnance du 19 juillet 2021¹⁸⁸ a introduit une nouvelle obligation pour les professionnels de santé relevant d’un ordre¹⁸⁹ la certification périodique, imposant à chaque 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).

[683] 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* »¹⁹⁰. Un décret en Conseil d’Etat doit venir définir les conditions d’éligibilité des actions à l’obligation de certification, étant précisé que pour chaque profession ou spécialité, un référentiel de certification définissant les types d’actions éligibles sera établi par arrêté du ministre chargé de la santé sur proposition du CNP compétent.

[684] Différence majeure avec le DPC, 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* »¹⁹¹. Ainsi, alors que le non-respect de l’obligation de DPC n’entraîne pas de conséquence pratique immédiate pour un professionnel¹⁹², 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.

¹⁸⁷ « Exercer une médecine de qualité grâce à des connaissances et des compétences entretenues », rapport remis par le Pr. Serge Uzan, président du comité de pilotage de la recertification des médecins, novembre 2018 ; « Erat des lieux et propositions en vue de la préparation des ordonnances sur la « recertification » des professionnels de santé à ordre », rapport de la mission d’appui auprès de la DGOS menée par Jean-Philippe Viquant, avec le concours d’Anne-Caroline Sandeau-Gruber, IGAS, février 2021.

¹⁸⁸ Ordonnance n° 2021-961 du 19 juillet 2021 relative à la certification périodique de certains professionnels de santé.

¹⁸⁹ Médecins, chirurgiens-dentistes, sage femmes, pharmaciens, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes et pédicures-podologues.

¹⁹⁰ Article L. 4022-2 (II) du code de la santé publique.

¹⁹¹ Article L. 4022-9 (I) du code de la santé publique.

¹⁹² 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.

[685] Dans ce cadre, se pose la question des modalités de prise en compte des actions de DPC dont les objectifs se recoupent très largement avec ceux de la certification périodique comme le montre le tableau ci-dessous.

Tableau 8 : Comparaison des obligations de DPC et de certification périodique

	DPC	Certification périodique
Objectifs	(art. L. 4021-1) : - le maintien et l'actualisation des connaissances et des compétences - l'amélioration des pratiques	(art. L. 4022-1) : 1° Le maintien des compétences ; 3° L'actualisation et le niveau des connaissances ; 2° La qualité des pratiques professionnelles.
Typologie des actions éligibles	(art. L. 4021-1) : - formation continue - analyse, évaluation et amélioration des pratiques professionnelles - gestion des risques	(art. L. 4022-1) : - actualisation des connaissances et compétences (bloc 1) - renforcement la qualité des pratiques professionnelles (bloc 2) - amélioration de la relation avec les patients (bloc 3) - prise en compte de la santé personnelle (bloc 4)
Conditions de validation de l'obligation	(art. R. 4021-4) : - suivi d'un parcours de DPC défini par le CNP ou - réalisation d'au moins deux types d'action (FC, EPP, GDR) dont au moins une s'inscrivant dans les orientations prioritaires ou - engagement dans une démarche d'accréditation	(art L. 4022-2) - choix des actions appartenant aux quatre blocs dans le référentiel de certification arrêté par le ministre sur proposition du CNP
Prise en compte de la démarche d'accréditation	L'engagement dans une démarche d'accréditation vaut DPC	L'engagement dans une démarche d'accréditation est pris en compte dans la certification
Délai de réalisation de l'obligation	3 ans	6 ans (9 ans pour les professionnels déjà en exercice au 1er janvier 2023)

Source : Mission

[686] 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. En particulier, les ordres professionnels n'envisagent pas une situation où ils seraient conduits à valider le respect d'une obligation et à sanctionner le non-respect de l'autre, étant précisé que la possibilité d'appliquer une sanction disciplinaire dans le cas où les conditions de la certification périodique ne seraient pas remplies les amènera à prioriser leur contrôle sur cette obligation.

[687] Les textes n'organisent toutefois pas clairement cette cohérence puisque, si la loi prévoit que les actions de DPC sont prises en compte dans la certification périodique, les processus d'élaboration du contenu minimal des programmes de DPC et de certification sont distincts, se réfèrent à des méthodologies et des critères différents et ne sont pas confiés aux mêmes acteurs.

2.2 La construction en cours du dispositif de certification s'oriente vers la définition d'un large périmètre d'actions éligibles

2.2.1 Le nouveau dispositif est encore en cours de construction

[688] Alors que l'ordonnance du 19 juillet 2021 a fixé le début de la date d'application de la certification périodique au 1^{er} janvier 2023, le processus d'élaboration par les CNP des référentiels de certification est à peine engagé à la date de rédaction du présent rapport :

- les seuls textes réglementaires publiés sont ceux relatifs à la composition du Conseil national de la certification périodique (CNCP)¹⁹³ ; le décret précisant les conditions d'exonération totale ou partielle de l'obligation des professionnels n'exerçant pas directement leur activité auprès des patients et définissant les règles de computation et le contenu minimal de l'obligation est en cours de concertation ; le décret définissant les conditions de gestion des comptes individuels des professionnels et les modalités de financement du dispositif reste à élaborer¹⁹⁴ ;
- le CNCP a défini, dans un avis du 9 mars 2023, les orientations scientifiques de la certification 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 améliorer le parcours de santé ; promotion de la santé environnementale et sociétale et de l'éco-responsabilité. De même le CNCP entend veiller

¹⁹³ 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.

¹⁹⁴ Il dépend notamment de l'avancement des travaux de l'ANS sur la définition du dispositif de gestion des comptes individuels (cf. annexe 6).

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.

- la méthode d'élaboration des référentiels par les CNP a été proposée par le collège de la HAS le 13 juillet 2022, mais n'a été validée par arrêté du ministre chargé de la santé que le 20 décembre 2022 (avec une modification par arrêté du 9 février 2023).

[689] L'avancement de la réflexion des CNP dans l'élaboration des référentiels¹⁹⁵ apparaît inégal, à la mesure des moyens dont ils disposent, ceux s'étant déjà engagés dans la construction d'un parcours de DPC étant davantage à même de le compléter pour produire leur référentiel de certification (cf. *infra* 2.4).

2.2.2 Les premiers travaux montrent une volonté des parties prenantes de retenir un périmètre d'actions des blocs 1 et 2 plus large que celui du DPC

[690] 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 DPC¹⁹⁶, à une définition large des actions éligibles. Le rapport de l'IGAS consacré au financement de la certification périodique¹⁹⁷ 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 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* ».

[691] 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 chargé de la santé s'inscrivent dans cette approche large du périmètre des actions éligibles à la certification, dépassant largement, pour les blocs 1 et 2, le

¹⁹⁵ L'article L. 4022-8 du CPS dispose qu'« *après avis du conseil national professionnel compétent, le ministre chargé de la santé arrête le référentiel de certification périodique de chaque profession ou spécialité* ». Toutefois le décret sur la composition et les missions du CNCP prévoit que les commissions professionnelles qui regroupent (notamment pour les médecins) les CNP de la profession « *assurent la déclinaison des orientations scientifiques fixées par l'instance collégiale. Elles sont également saisies, en tant que de besoin, par le président du conseil national de la certification périodique pour instruire les décisions et avis pour les professions et spécialités qui les concernent. Elles peuvent soumettre à l'avis de l'instance collégiale toute proposition faite par l'un de leurs représentants dans le cadre de l'élaboration des référentiels prévus à l'article L. 4022-7 (article D 4022-2 du CSP)* ».

¹⁹⁶ 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, avaient suivi au moins deux actions de types différents, condition de validation de l'obligation.

¹⁹⁷ « *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.

champ des actions de DPC s’inscrivant dans les orientations prioritaires et figurant au catalogue de l’ANDPC.

[692] Les « critères généraux de sélection des attendus » définis par la proposition de méthode de la HAS¹⁹⁸ englobent ainsi les priorités des orientations nationales du DPC et les propositions des parcours de DPC mais dessinent un périmètre plus large.

Les critères généraux de sélection des attendus pour la certification périodique

Les contenus proposés pour les axes 1, 2 et 3 seront prioritairement ceux qui permettent aux professionnels de répondre à des obligations et des besoins de leur profession ou spécialité d’exercice, notamment :

- les orientations scientifiques de la certification périodique (telles que définies par le CNCP) ;
- les questions de santé prioritaires, basées sur les orientations nationales prioritaires du DPC ;
- les obligations réglementaires de la profession concernée ;
- les obligations déontologiques ;
- les référentiels métiers et de compétences ;
- la prise en compte de l’interprofessionnalité et du parcours du patient ;
- les propositions des parcours pluriannuels de développement professionnel ;
- les exigences du dispositif d’accréditation pour les spécialités à risque concernées.

Le contenu de l’axe 4 « santé personnelle » relève d’une approche spécifique de l’état de santé des professionnels qui peut s’appuyer sur :

- l’identification des ressources et des obstacles potentiels à la prise en compte de l’état de santé ;
- l’identification des risques généraux et propres à chaque profession ou spécialité.

Source : HAS

[693] 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 pourra choisir celles qu’il retient, dépassant très largement, pour les blocs 1 et 2, celui des actions de DPC publiées par l’ANDPC.

Encadré 2 : typologie des actions éligibles à la certification définies par la FSM et le CMG

Bloc 1	Bloc 2
<ol style="list-style-type: none"> 1. Actions de formation au titre du DPC publiées par l’ANDPC 2. Actions de formation, à caractère scientifique ou professionnel, dispensées par des organismes de formation labellisés Qualiopi 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Actions permettant de valider le bloc si elles sont poursuivies pendant la période de 6 ans : <ul style="list-style-type: none"> -complétion d’une démarche d’accréditation pour les professionnels de

¹⁹⁸ 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.

Bloc 1	Bloc 2
<ol style="list-style-type: none"> 3. Actions de formation à caractère scientifique ou professionnel, dispensées par des structures figurant sur la liste publique des organismes de formation (L. s6351-7-1 du code du travail) 4. Formations diplômantes ou certifiantes organisées par les universités 5. Activités d'enseignement délivrées dans le cadre d'une université 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 7. Maitrise de stage universitaire 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) 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) 10. Participation effective au comité éditorial de revues scientifiques 11. Abonnement à une revue médicale avec test de lecture effectué et réussi 	<p>santé concernés (spécialités médicales à risque) -participation régulière à un registre de pratiques</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Actions d'analyse de pratiques et de gestion des risques ou programmes intégrés au titre du DPC publiées par l'ANDPC 3. Actions d'analyse de pratiques et de gestion des risques ou programmes intégrés dispensées par des organismes de formation labellisés Qualiopi 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) 5. Actions d'amélioration des pratiques organisées au sein des établissements de santé (RMM, RCP, etc.) 6. Maitrise de stage universitaire 7. Actions d'amélioration des pratiques organisées par les professions (CNP, Ordres, syndicats), le ministère ou des agences

Source : FSM

[694] 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.

2.2.3 Dans ce cadre, la satisfaction de deux obligations triennales de DPC devrait entraîner la validation des blocs 1 et 2 de la certification

[695] Le projet de décret ne dit pas expressément que la validation de deux obligations triennales de DPC successives entraînera la validation des blocs 1 et 2 de la certification périodique, mais il pose comme condition le suivi d'au moins deux actions de chaque bloc en 6 ou 9 ans, ce qui, compte tenu des règles applicables au DPC (validation d'au moins deux actions de types différents en 3 ans) permettra au professionnel y ayant satisfait de valider les blocs 1 et 2 de la certification¹⁹⁹. Toutefois, cela suppose que les orientations scientifiques (critères de qualité) définies par le CNCP soient compatibles avec les critères de sélection des actions de DPC et que les référentiels de certification établis par les CNP n'opèrent pas de restriction parmi les actions de DPC.

2.3 Le risque de non-validation du DPC malgré l'obtention de la certification conduit certains CNP à élaborer des parcours de DPC englobant d'autres actions que celles du catalogue de l'agence

2.3.1 Le périmètre large des blocs 1 et 2 de la certification pourrait conduire à la certification d'un professionnel sans qu'il satisfasse à son obligation de DPC

[696] En revanche, l'élargissement du périmètre des actions retenues au titre des blocs 1 et 2 de la certification par rapport aux actions s'inscrivant dans la cadre des orientations prioritaires de DPC figurant au catalogue de l'agence pourrait conduire à la situation inverse, c'est-à-dire à valider le parcours de certification d'un professionnel sans pour autant que son obligation de DPC soit satisfaite : il suffirait pour cela que certaines des actions validées au titre des blocs 1 et 2 de la certification ne soient pas reconnues comme actions de DPC²⁰⁰.

[697] Ce risque est d'autant plus élevé que le catalogue de l'ANDPC, bien que totalisant près de 17 000 actions, est limité par l'obligation pour l'agence de ne retenir que des actions s'inscrivant dans les orientations prioritaires, ce qui conduit certaines professions ou spécialités à considérer que leurs besoins ne sont pas couverts (cf. *supra* 1.2). En outre, de nombreuses actions d'EPP ou de GDR organisées en interne par les établissements de santé ou les établissements médico-sociaux employeurs ne sont pas déposées à l'agence pour des raisons multiples liées à l'organisation des établissements et à la lourdeur estimée des procédures (cf. *supra* 1.3). Si les référentiels de certification adoptent un périmètre large contenant des actions non inscrites au catalogue de l'agence (par exemple des actions d'EPP ou GDR réalisées par des établissements de

¹⁹⁹ Sauf dans le cas, *a priori* très peu probable au vu de la structure de l'offre de DPC, où le professionnel n'aurait validé ses obligations de DPC qu'en suivant une action d'EPP et une action de GDR, ce qui ne lui permettrait de valider que le bloc 2 de la certification.

²⁰⁰ Par exemple, si le professionnel valide sur 6 ans 2 actions de chaque bloc dont une ne serait pas action de DPC, il ne pourrait pas satisfaire à ses deux obligations triennales de DPC.

santé mais non déposées à l'ANDPC), il est probable que les professionnels concernés les suivent dans le cadre de la certification, sans pouvoir les faire reconnaître comme actions de DPC si celles-ci se limitent au catalogue de l'agence.

2.3.2 Les CNP des médecins et pharmaciens se sont déjà engagés dans l'élaboration de parcours de DPC à périmètre large, cohérents avec leurs projets de référentiels de certification

[698] Jusqu'à une date récente, les CNP ne s'étaient pas emparés de leur mission 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 »²⁰¹; 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 »²⁰². L'engagement du professionnel dans le parcours de DPC proposé par son CNP constitue un moyen de remplir l'obligation de DPC²⁰³.

[699] Ce sont les tensions survenues dans l'élaboration des orientations prioritaires de DPC entre l'ANDPC, chargée de coordonner les travaux, et certains CNP (cf. supra 1.2.2) qui ont conduit certains CNP à s'engager dans l'élaboration de parcours de DPC correspondant aux besoins de leur profession, sans avoir à négocier leur contenu puisque les textes ne prévoient pas de procédure de validation externe de ces parcours. La seule contrainte pour les CNP étant de sélectionner les méthodes de DPC élaborées par la HAS qui leur paraissent les plus adaptées²⁰⁴. Pour la FSM comme pour le CMG, l'élaboration des parcours correspond ainsi à une volonté manifeste, clairement exprimée devant la mission, d'échapper à la supervision de l'agence sur la définition des orientations prioritaires relevant de leur responsabilité, alors qu'ils estiment qu'elle ne dispose pas en interne des compétences nécessaires pour apprécier les besoins des différentes spécialités, *a fortiori* en fonction de leurs différents modes d'exercice et environnements professionnels, en matière de maintien et d'amélioration des compétences ou d'amélioration des pratiques.

[700] La FSM, qui constitue la structure fédérative des CNP de spécialités médicales (à l'exception des médecins généralistes) a coordonné à partir de 2019, l'élaboration des parcours de DPC des spécialités, en application des dispositions réglementaires qui lui permettent notamment de

²⁰¹ Article L. 4021-3 du CSP.

²⁰² Article R. 4021-4 (I) du CSP.

²⁰³ Idem, 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.

²⁰⁴ Ils peuvent en outre, proposer, en liaison avec le HCDPC, les adaptations qu'ils jugent utiles des méthodes définies par la HAS (article D 4021-2 II-2°).

« coordonner des réflexions et des travaux sur des sujets d'intérêt commun ainsi que de partages méthodologiques afin d'encourager les approches transdisciplinaires et les synergies entre professions ou spécialités, de faire progresser les connaissances communes et développer les consensus sur les pratiques professionnelles »²⁰⁵. Sur la base d'un « parcours générique » commun, les CNP ont construit leurs parcours qui ont ensuite fait l'objet d'une harmonisation de leur présentation.

[701] Ces travaux ont abouti à l'élaboration à partir de mi-2020 des parcours de DPC par spécialité. En décembre 2021, les parcours élaborés par les CNP reconnus par arrêté ministériel²⁰⁶ étaient publiés par la FSM pour 42 spécialités, auxquels s'ajoutent 3 parcours élaborés pour des professions ne disposant pas de CNP reconnu (« addictologie », « médecine du sport », « vigilance et thérapeutique transfusionnelles tissulaires et cellulaires »). Le CNP de génétique clinique, chromosomique et moléculaire était le seul à cette date à ne pas avoir élaboré de parcours.

[702] Le CMG a également élaboré son parcours de DPC en 2020-2021. Le CNP de la pharmacie d'officine et de la pharmacie hospitalière a élaboré le sien en 2022 et devrait le rendre public au début de 2023.

[703] Les parcours ainsi élaborés se présentent comme des grilles (cf. ci-dessous) 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.

[704] Pour les autres CNP 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 CNCP à l'élaboration du dispositif de certification conduit en effet les CNP, qui disposent de moyens financiers limités (cf. *infra*), 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.

²⁰⁵ Article D. 4021-2-2 du CSP.

²⁰⁶ Dont deux parcours relevant du CNP de biologie médicale (biologie médicale et biologie des agents infectieux-hygiène hospitalière).

Tableau 9 : Parcours générique de DPC proposé par la FSM et parcours de DPC proposé par le CMG

Tableau 1 : Parcours générique de DPC. Il rassemble les actions identifiées dans les différents projets de 'Parcours de DPC' proposés par les CNP et relevant des méthodes (actuelles) de la HAS et de celles qui auront reçu un « label CNP »

PRÉREQUIS DE VALIDATION :				
<p>Au moins 3 actions différentes au choix du médecin sur la période triennale, dont au moins une action de DPC entrant dans le cadre des OP nationales ou de la spécialité figurant dans l'arrêté pour la période considérée. Parmi les 3 actions, le médecin devra choisir au moins une action cognitive ET une action réflexive OU un programme intégré. Les actions choisies ne pourront pas être identiques</p>				
FORMATION	ANALYSE DES PRATIQUES	GESTION DES RISQUES*	PROGRAMMES INTÉGRÉS	ACTIONS LIBRES
<ul style="list-style-type: none"> • Actions présentielle de formation¹ : <ul style="list-style-type: none"> ○ Participation à un congrès de niveau national ou plus (label CNP) ; ○ Participation à une journée, demi-journée d'une association régionale reconnue (label CNP) ; ○ Participation à une action proposée par ODPC** dans OP (label HAS) ; ○ Formations universitaires présentielles qualifiantes ou diplômantes de type DU/DIU ou master (label CNP) • Actions non présentielle de formation² : <ul style="list-style-type: none"> ○ Formation en ligne ou e-learning (label HAS ou CNP) ; ○ Formations universitaires en ligne type DU/DIU (label CNP) ; ○ Participation à une action proposée par ODPC** dans OP (label HAS) • Enseignement : <ul style="list-style-type: none"> ○ Préparation ou intervenant d'actions institutionnelles de formation (label CNP) ; ○ Enseignement universitaire 1^{er}, 2^{ème} ou 3^{ème} cycle (label CNP) • Réunion formalisée de revue bibliographique, abonnements revues (label CNP) ; journal club (label HAS) 	<ul style="list-style-type: none"> • Audit clinique (label HAS) • Bilan de compétences (label HAS) • Chemin clinique (label HAS) • Patient traceur (label HAS) • Participation régulière à des Réunions de Concertation Pluridisciplinaire (label HAS) • Revue de pertinence des soins (label HAS) • Staffs d'une équipe médico-soignante, groupes d'analyse des pratiques (label HAS) • Participation à une action proposée par ODPC** dans OP (label HAS) • Participation régulière à des séances d'ETP ou élaboration programme ETP (label CNP) • Recherche (label CNP) : <ul style="list-style-type: none"> ○ Participation à des études cliniques ou épidémiologiques (institutionnelles), ○ Publications, communications congrès, reviewing • Responsabilité collective pour la spécialité (label CNP) : <ul style="list-style-type: none"> ○ Missions d'expertise, ○ Participation à des recommandations 	<ul style="list-style-type: none"> • Participation régulière aux séances de CREX... de son établissement de santé (label HAS) • Déclaration et gestion d'événements porteurs de risque (label CNP) • Participation à un réseau de vigilance (label CNP) • Participation à une action proposée par ODPC** dans OP (label HAS) <p>*Ces actions de gestion des risques, individuelles ou en équipes, peuvent être intégrées dans le cadre du programme d'accréditation des médecins et des équipes médicales proposé par l'Organisme d'Accréditation (OA) de la spécialité et géré par la HAS pour les médecins exerçant une spécialité ou une activité dite « à risques » (engagement sur 1 action par an sur 4 ans, en gestion des risques)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Participation à un programme intégré proposé par ODPC** dans OP (label HAS) • Tests de Concordance de Scripts (label HAS) • Simulation en santé (label HAS) • Vignettes cliniques³ (label HAS) <p>** pour toutes les actions présentielle ou non proposées par un ODPC enregistré, la validation de l'action inclut les médecins impliqués dans la préparation d'une action ou orateur lors d'une session d'ODPC</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Possibilité pour le médecin de proposer une action à valider par le CNP : le CNP jugera après demande de la proposition de formation (a priori) ou sur pièce (a posteriori) et devra valider
<ul style="list-style-type: none"> • Exercice coordonné et protocolé d'une équipe pluri professionnelle de soins en ambulatoire (label HAS) • Encadrement professionnel : dont tutorat, MDS (label HAS) ou autres formes d'encadrement (stages DES...) (label CNP) • Tests de Concordance de Scripts (label HAS) • Vignettes cliniques³ (label HAS) 	<ul style="list-style-type: none"> • Participation ou élaboration de registre, observatoire, base de données institutionnels (label HAS) • Suivi d'indicateurs de qualité et de sécurité des soins (label HAS) • Participation régulière à des Revues de Morbi-Mortalité (label HAS) 			
<ul style="list-style-type: none"> • Accréditation des médecins et des équipes médicales (label HAS) • Gestion des risques en équipe (label HAS) • Simulation en santé (label HAS) 				

La mention 'label CNP' dénote toutes les actions ne répondant pas (encore, une révision est prévue) à la liste des méthodes de DPC validées par la HAS ; dans ce cas une validation par le CNP est nécessaire
 La mention 'OP' indique qu'une action entre dans le cadre des orientations prioritaires nationales (soit les OP définies par les CNP, soit les OP générales publiées par la DGOS du Ministère de la Santé)
 La mention 'HAS' indique une méthode validée par la Haute autorité de santé selon la liste en vigueur sur le site : https://www.has-sante.fr/jcms/p_3019317/fr/demarche-et-methodes-de-dpc

¹ Statut HAS conditionné pour ces actions de formation au respect des 2 premières étapes au moins des 4 niveaux avec des modalités de mise en œuvre spécifiques et une ambition croissante :
 1. évaluation de la satisfaction et des réactions des apprenants (questionnaire de satisfaction, entretien)
 2. évaluation des apprentissages réalisés en termes de connaissances et compétences (pré-tests et post-tests, exercices)
 3. évaluation des comportements pratiques atteints (audit clinique, suivi d'indicateurs de processus)
 4. évaluation des résultats cliniques obtenus auprès des patients (suivi d'indicateurs de résultats cliniques)

² Idem note 1
³ Action en cours d'évaluation (validée par la FSM, sollicitée fin juin 2020 par la HAS)

RAPPORT IGAS N°2022-077R – TOME 2 ANNEXES



PARCOURS TRIENNAL DE DÉVELOPPEMENT PROFESSIONNEL CONTINU POUR LA MÉDECINE GÉNÉRALE

Pour valider son parcours triennal, le médecin généraliste doit avoir réalisé **au moins 3 actions de formation totalisant au moins 21 heures.**

Au moins une de ces actions doit être une action cognitive.

Au moins une de ces actions doit être une action d'analyse des pratiques.

Une action intégrée valide simultanément ces deux conditions.

- *Seules les actions indépendantes des structures proposant des produits ou services prescrits par les médecins généralistes (industrie pharmaceutique, prestataires de santé à domicile, établissements thermaux, etc.) peuvent être prises en compte dans la validation.*

- *Lorsque les actions n'entrent pas dans le cadre d'un DPC indemnisé par l'Agence nationale du DPC (ANDPC), le Collège de la Médecine Générale se réserve le droit de ne pas reconnaître comme validantes les actions qui s'avèreraient trop éloignées des enjeux de la discipline.*

- *Le Collège de la Médecine Générale rappelle que le consensus international établit le besoin idéal de formation en médecine à 40 heures par an.*

ACTIONS COGNITIVES = acquisition de connaissances	ACTIONS D'ANALYSE DES PRATIQUES = travaux sur sa pratique personnelle	ACTIONS LIBRES
Présentielles		
> Action proposée par un ODPC dans une orientation prioritaire*	HAS	> Action agréée par le Fond d'assurance formation de la profession médicale (FAF-PM) en rapport avec la médecine générale > Possibilité pour le médecin de proposer une action à valider par le CNP. Le CNP jugera après demande de la proposition de formation (a priori) ou sur pièces (a posteriori)
> Demi-journée ou journée de formation par une association		
> Congrès national ou international		
Non présentielles		
> Action proposée par un ODPC dans une orientation prioritaire*	HAS	
> Formation en ligne ou e-learning	HAS	
Enseignement		
> Préparation ou intervenant d'actions institutionnelles de formation		
> Enseignement universitaire en 1 ^{er} , 2 ^e ou 3 ^e cycle		
Lecture scientifique		
> Réunion formalisée de revue bibliographique		
> Abonnement à une revue avec test de lecture en rapport avec la médecine générale		
> Journal club	HAS	
ACTIONS INTÉGRÉES = cognitif + analyse des pratiques		
> Programme intégré proposée par un ODPC dans une orientation prioritaire*	HAS	
> Tests de concordance de scripts	HAS	
> Simulation en santé	HAS	
> Vignettes cliniques	HAS	
Encadrement professionnel		
> Tutorat, maîtrise de stage	HAS	
> Autres formes d'encadrement		
Démarches en équipe		
> Exercice coordonné et protocolé d'une équipe pluriprofessionnelle de soins en ambulatoire	HAS	
> Accréditation des médecins et des équipes médicales	HAS	
> Gestion des risques en équipe	HAS	

CDS : Centre de santé, ESP : équipe de soins primaires, MSP : Maison de santé pluriprofessionnelle, CPTS : Communauté professionnelle territoriale de santé ; DU : diplôme universitaire, DIU : diplôme inter-universitaire

HAS : indique que l'action doit suivre une méthode validée par la Haute autorité de santé selon la liste en vigueur sur le site : https://www.has-sante.fr/jcms/p_3019317/fr/demarche-et-methodes-de-dpc

ODPC : Organisme de développement professionnel continu. Leur liste est consultable sur le lien suivant : <https://www.aqencedpc.fr/organismes-de-dpc-rechercher-un-organisme>

Orientations prioritaires : la liste des orientations prioritaires est consultable sur le lien suivant : <https://www.aqencedpc.fr/le-dpc/orientations-nationales-prioritaires-de-dpc-2020-2022>

*Pour toutes les actions présentielles ou non proposées par un ODPC enregistré, la validation de l'action inclut les médecins impliqués dans la préparation d'une action ou orateurs lors d'une session d'ODPC.

[705] Les parcours proposés intègrent dans nature des actions éligibles au titre de chaque type, les actions proposées par des ODPC dans les orientations prioritaires, donc figurant dans le catalogue de l'agence. 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 ».

[706] 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 ce qui concerne les actions s'inscrivant dans les orientations prioritaires, la plupart, pour respecter la condition fixée par l'article L. 4021-3 du CSP, 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.

Tableau 10 : Conditions de validation des parcours triennaux de DPC élaborés par les CNP

CNP	Conditions de validation du parcours	Dont actions entrant dans les OP
Conseil national professionnel d'addictologie	3 actions différentes : au moins 1 cognitive +1 EPP-GDR ou PI	2
Conseil national professionnel d'allergologie.	6 actions différentes : au moins 1 à 2 cognitives +1 à 2 EPP- GDR ou 1 à 2 PI + participation à 2 congrès	1 (au moins 12h)
Conseil national professionnel d'anatomie et cytologie pathologiques (Conseil national professionnel des pathologistes)	6 actions différentes : au moins 2 cognitives ou PI répondant aux OP +1 délivrée par un ODPC	3
Conseil national professionnel d'anesthésie-réanimation et de médecine péri-opératoire.	4 actions dont au moins 1EPP, 1 GDR, 1PI, maximum 2 cognitives	
Conseil national professionnel de biologie médicale.	3 actions différentes dont au moins 1 cognitive, 1EPP-GDR ou 1PI,	1
Conseil national professionnel de biologie des agents infectieux - hygiène Hospitalière (biologie médicale)	3 actions uniquement bactériologie, hygiène, mycologie, parasitologie, virologie	1
Conseil national professionnel de chirurgie maxillo-faciale et de stomatologie.	3 actions différentes dont 1 cognitive +1EPP-GDR ou 1PI,	1
Conseil national professionnel de chirurgie orthopédique et traumatologique.	3 actions dont 1 cognitive +1EPP + 1GDR	
Conseil national professionnel de la chirurgie de l'enfant et de l'adolescent.	3 actions différentes dont 1 cognitive +1EPP-GDR ou 1PI,	1
Conseil national professionnel de chirurgie thoracique et cardio-vasculaire.	3 actions différentes dont 1 cognitive +1EPP-GDR ou 1PI,	1
Conseil national professionnel de chirurgie vasculaire et endovasculaire.	2 actions par an en formation présentielle dont au moins 2 participations sur 3 ans au congrès de la SCVE	Non spécifié *
Conseil national professionnel de chirurgie viscérale et digestive.	3 actions par an dont 1 DPC	3
Conseil national professionnel de dermatologie et vénéréologie.	3 actions dont 1 cognitive +1EPP ou GDR ou PI, minimum 7h / action	1
Conseil national professionnel d'endocrinologie, diabétologie, nutrition.	Au moins 6 actions dont 1 organisée par l'ODPC endo ou ODPC nutrition +1 congrès société savante	1 (ODPC endo ou nutrition)

RAPPORT IGAS N°2022-077R – TOME 2 ANNEXES

CNP	Conditions de validation du parcours	Dont actions entrant dans les OP
Conseil national professionnel de gériatrie.	1 action DPC+ 1 action de formation +1 EPP-GDR ou 1PI	1
Conseil national professionnel de gynécologie-obstétrique et de gynécologie médicale.	6 actions dont au moins de deux types (formation, EPP-GDR, PI)	2
Conseil national professionnel de maladies infectieuses et tropicales - Fédération française d'infectiologie.	3 actions différentes dont 1 cognitive + 1 EPP-GDR ou 2 PI	1 (OP CNP MIT)
Conseil national professionnel cardiovasculaire.	Au moins deux des trois types d'actions (formation, EPP, GDR) ou 1 PI cognitif-EPP	
Conseil national professionnel d'hépatogastroentérologie.	3 actions	2 dont 1 PI
Conseil national professionnel de médecine du travail.	10 ½ journées dont 4 formation + 6 EPP	
Collège français de médecine d'urgence.	2 formation + 1EPP + 1GDR	
Collège de médecine générale.	3 actions (21h) dont 1 cognitive + 1 EPP ou 1 PI	
Conseil national professionnel des internistes.	3 actions différentes dont 1 cognitive +1EPP-GDR ou 1PI,	1 (OP CNP MI)
Conseil national professionnel de médecine légale et expertise médicale.	3 journées annuelles dont 2 de formation	1 (formation)
Conseil national professionnel de médecine nucléaire.	Système de pondération avec une unité de mesure QARQ (quantité d'apprentissage reconnue qualifiante) : au moins 14 QARQ (demi-journées) et 3 actions différentes 2 cognitives + 1EPP ou GDR ou PI)	1
Conseil national professionnel de médecine physique et réadaptation.	2 actions dans au moins 2 types (formation, EPP-GDR, PI)	1
Conseil national professionnel de médecine vasculaire.	3 actions	1
Conseil national professionnel de néphrologie.	1 cognitive +1 Ens-recherche ou EPP ou GDR+ODPC	1
Conseil national professionnel de neurochirurgie.	3 actions	1
Conseil national professionnel de neurologie.	4 briques (unité de pondération) dont 2 de formation + 1 EPP+ 1PI, au moins 21h/an	
Conseil national professionnel d'oto-rhino-laryngologie et chirurgie cervico-faciale.	4 actions dont 1 formation DPC + 1 formation non DPC + 1EPP+1 GDR +1 PI	1
Conseil national professionnel de pédiatrie.	14h/ an	2 dont 1 EPP
Conseil national professionnel de pneumologie - Fédération française de pneumologie.	3 actions différentes dont 1 cognitive +1EPP-GDR ou 1PI,	1
Conseil national professionnel de radiologie et imagerie médicale.	6 actions combinant actions cognitives et réflexives	
Conseil national professionnel de rhumatologie.	3 actions différentes dont 1 cognitive +1EPP-GDR ou 1PI,	1
Conseil national professionnel de santé publique.	8 jours / an dont 2j/an formation, 2j/an EPP	1 (OP santé publique)

CNP	Conditions de validation du parcours	Dont actions entrant dans les OP
Conseil national professionnel d'urologie.	3 différentes (1/an) dont deux de catégorie différente (formation, EPP, GDR)	
Directoire de chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique.	3 actions différentes dont 1 cognitive +1EPP-GDR ou 1PI,	1
Conseil national professionnel de génétique clinique, chromosomique et moléculaire.	Pas de parcours	
Conseil national professionnel d'hématologie.	3 actions	
Conseil national professionnel de médecine intensive-réanimation.	3 actions différentes dont 1 cognitive +1EPP-GDR ou 1PI,	1 (OP CNP réa)
Conseil national professionnel d'oncologie.	3 actions dans 2 types différentes dont au moins 2 avec méthode HAS	
Conseil national professionnel d'ophtalmologie.	3 actions différentes dont 1 cognitive +1réflexive (selon méthodologie)	1 (OP CNP ophtalmologie)
Conseil national professionnel de psychiatrie.	3 actions différentes dont 1 cognitive +1EPP-GDR + 1PI ou action libre	1
Conseil national professionnel d'orthopédie dento-faciale et orthopédie dento-maxillo-faciale.	5 actions différentes dont 3 de formation+1 EPP-GDR ou PI + 1 ODPC	1
Conseil national professionnel de médecine du Sport	3 actions différentes dont 1 cognitive +1EPP-GDR ou 1PI,	1
Conseil national professionnel de vigilance et thérapeutique transfusionnelles tissulaires et Cellulaires	3 actions	1
Collège de la pharmacie d'officine et de la pharmacie hospitalière.	3 actions dont 1 formation + 1 EPP	

Source : Mission d'après documents FSM et CNP. * non spécifié mais les formations proposées (hors congrès), les actions d'EPP ou PI sont toutes des actions s'inscrivant dans les OP ou l'accréditation, sauf les actions libres.

[707] Ce constat montre clairement que, pour les CNP, le parcours de DPC proposé peut inclure des actions ne rentrant pas dans les orientations prioritaires, donc non publiées ni financées par l'ANDPC, ou susceptibles de rentrer dans les orientations prioritaires mais non déposées à l'ANPDC. 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 à des séances d'ETP, 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.

[708] 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, soit parce que les structures qui les organisent ne souhaitent pas s'enregistrer comme organismes de DPC ou ne souhaitent pas 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 potentiellement chronophage de la démarche (cf. *supra* 1.3) et du faible contrôle de l'obligation de DPC des salariés : 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.

[709] 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 : pour la FSM, le CMG et le CNP des pharmaciens, le parcours de DPC englobant un maximum d'actions a vocation à constituer les blocs 1 et 2 du référentiel de certification, sous réserve de sa conformité aux recommandations méthodologiques de la HAS et aux orientations scientifiques du CNCP²⁰⁷. 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.

[710] 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

²⁰⁷ Pour le Président du CNCP, 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.

par la plupart des parcours de DPC, 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.

2.4 Cette évolution soulève cependant des interrogations sur les modalités d'évaluation de la qualité des actions suivies et sur les risques de multiplication des outils de suivi des parcours

[711] 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.

[712] 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 » qui doivent faire l'objet d'une validation formelle par le 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.

[713] 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 supplémentaires²⁰⁸ pour recruter des chargés de mission dédiés à cette activité, dont la professionnalisation nécessite l'atteinte d'un seuil critique de volumétrie.

[714] Dans le même registre, si les règles posées par les CNP insistent sur les exigences d'indépendance des structures dispensant les actions, notamment par rapport aux entreprises proposant des services ou des produits aux professionnels, les procédures de vérification de ces exigences ne sont pas précisées. En outre, certains des parcours interrogent sur l'existence possible de liens d'intérêt avec les structures proposant certaines actions : le CNP de chirurgie vasculaire et endovasculaire impose ainsi pour valider le parcours triennal deux participations au congrès organisé par la Société de chirurgie vasculaire et endovasculaire de langue française qui est l'une de ses composantes ; le CNP d'endocrinologie, diabétologie et nutrition recommande dans le parcours le suivi d'une action de DPC proposée par deux ODPC associatifs nommément désignés alors que le catalogue de l'ANDPC identifie d'autres ODPC offrant des actions dans ce domaine.

²⁰⁸ 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 1M€ par an.

[715] De fait, l'exercice des missions des CNP repose largement sur le bénévolat de leurs membres et les dotations du fonds d'actions conventionnelles (FAC) allouées par arrêté interministériel²⁰⁹, dont le montant de l'ordre de 40 à 60 k€ par an pour les spécialités médicales (à l'exception du CMG et de la FSM) ne permet de financer que les frais afférents aux réunions (locations de salles, frais de déplacement) et non le recrutement de personnels. 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.

[716] Les deux organisations recevant des dotations plus conséquentes (400 k€ chacun) - le CMG et la FSM - ont d'ailleurs consacré une part de ces moyens au développement de 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 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.fr²¹⁰. Comme l'objectif du CMG et de la FSM est d'utiliser aussi ces plateformes pour la certification périodique, les deux organisations se disent prêtes à accepter les évolutions nécessaires pour les rendre interopérables avec l'outil que doit mettre en place l'ANS, sous réserve de pouvoir financer les développements correspondants.

2.5 La certification périodique impose une nécessaire clarification du périmètre du DPC

[717] Les réflexions des CNP sur des parcours de DPC articulés avec les blocs 1 et 2 de la certification démontrent leur préoccupation, partagée par les ordres professionnels, d'une mise en cohérence des obligations des professionnels. Dans cet objectif, au regard notamment des enjeux de financement des dispositifs, le seul moyen pour permettre au maximum de professionnels de remplir conjointement leurs deux obligations en valorisant l'ensemble des actions qui répondent aux objectifs d'amélioration des compétences et des pratiques, est de confirmer clairement que le DPC ne se limite pas aux actions s'inscrivant dans les orientations prioritaires.

[718] Les dispositions législatives²¹¹ et réglementaires²¹² actuelles prévoient déjà que toutes les actions de DPC ne s'inscrivent pas obligatoirement dans les orientations prioritaires, le principe

²⁰⁹ Sur la base de l'article L. 221-1-2 du code de la sécurité sociale qui dispose que la 3ème section du FAC « contribue à financer les conseils nationaux professionnels mentionnés à l'article L. 4021-3 du code de la santé publique ».

²¹⁰ Le CMG a indiqué à la mission s'être heurté au refus de l'ANDPC de transmettre des informations individuelles pour alimenter archimede.

²¹¹ 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. »

²¹² 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,

retenu étant de ne les assortir que d'une contrainte de nombre minimum d'actions associées (cf. 1.2.1 *supra*). S'il peut être jugé légitime que le financement de l'agence soit limité aux seules actions s'inscrivant dans les orientations prioritaires, cela 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. Les propositions réitérées de modifications réglementaires formulées par l'ANDPC (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 alors inclure des actions non prises en compte au titre du DPC ;
- la modification réglementaire n'impacterait pas sur les parcours de DPC élaborés par les CNP qui pourraient continuer, en application de la loi, à proposer des actions ne relevant pas d'orientations prioritaires. Il est dès lors probable que la restriction inciterait les 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.

[719] Pour ces raisons, il apparaît souhaitable de confirmer explicitement qu'une partie des actions de DPC suivies peut ne pas s'inscrire dans les orientations prioritaires. Cela n'empêcherait pas, toutefois de limiter le nombre d'actions de DPC ne s'inscrivant pas dans les orientations prioritaires, en laissant les CNP seuls responsables de la définition de ces OP, compte tenu de leur connaissance des besoins de leurs professionnels, sans continuer à prétendre qu'une agence nationale ou des administrations centrales puissent apprécier l'opportunité de ces besoins. Ce qui impliquerait aussi d'admettre, le cas échéant, une augmentation du nombre d'OP par profession ou spécialité, La supervision de l'agence se limiterait alors à vérifier le respect du cadre formel de présentation des fiches de cadrage explicitant le contenu des OP.

2.6 Le dispositif d'évaluation de la qualité des actions prises en compte dans les parcours de DPC et la certification périodique reste toutefois à définir

[720] La définition large du champ du DPC soulève toutefois la question des modalités de validation des actions éligibles au parcours de DPC ou à la certification périodique. Comme on l'a

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. »

vu *supra*, les CNP ne disposent pas sauf exception des moyens leur permettant d'exercer un contrôle sur le contenu des actions entrant dans le cadre générique qu'ils définissent au travers des parcours de DPC. En ce qui concerne la certification périodique, si la validation des référentiels doit donner lieu à une vérification²¹³ de l'application des orientations scientifiques du CNCP et de la méthode proposée par la HAS, cette vérification ne portera que sur les référentiels, c'est-à-dire, là aussi, sur le cadre générique définissant les conditions d'éligibilité des actions mais pas sur le contenu de celles-ci.

[721] 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 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.

²¹³ Celle-ci est assurée par le CNCP et les commissions professionnelles, constituées de représentants des CNP

ANNEXE 5 : La régulation de l'offre de DPC

SOMMAIRE

1	UN DOSSIER D'ENREGISTREMENT DES ORGANISMES A ADAPTER	217
1.1	UN DISPOSITIF D'ENCADREMENT DE L'OFFRE DE FORMATION CONÇU DE MANIERE INDEPENDANTE DE CELUI S'APPLIQUANT AUX ORGANISMES DE FORMATION BENEFICIANT DE FINANCEMENTS PUBLICS	217
1.1.1	<i>La procédure d'enregistrement des ODPC a été mise en place antérieurement au renforcement des exigences imposées aux organismes de formation</i>	<i>217</i>
1.1.2	<i>Il apparaît désormais souhaitable d'articuler les deux procédures</i>	<i>218</i>
1.2	LE DOSSIER D'ENREGISTREMENT DES ORGANISMES INCLUT DES RUBRIQUES PEU APPROPRIEES	218
1.2.1	<i>Certaines demandes d'informations semblent prématurées au stade de l'enregistrement ...</i>	<i>218</i>
1.2.2	<i>Il existe des redondances, aussi eu égard aux contenus exigés lors du dépôt ultérieur d'actions</i>	<i>219</i>
1.2.3	<i>La difficulté à articuler dossiers d'enregistrement et de dépôt des actions renvoie à la double entrée dans la régulation de la qualité qui constitue une spécificité du DPC.....</i>	<i>221</i>
1.3	LE DOSSIER D'ENREGISTREMENT DES ORGANISMES POURRAIT DAVANTAGE AIDER L'AGENCE A SEGMENTER SON APPROCHE DES ODPC ET SA COMMUNICATION ENVERS EUX	222
1.3.1	<i>De nombreux organismes ne se conforment pas aux modalités de réponse de l'arrêté au moment de déclarer leur « statut juridique », ce qui en complique l'exploitation</i>	<i>222</i>
1.3.2	<i>Même en assurant un meilleur renseignement du statut juridique, le dossier gagnerait à davantage prendre en compte le positionnement institutionnel des organismes.....</i>	<i>223</i>
1.3.3	<i>Le panorama des ODPC actifs effectué par la mission confirme leur grande diversité.....</i>	<i>224</i>
1.3.4	<i>Le suivi des ODPC dans la durée tend à confirmer que l'impact des procédures administratives est moins décourageant pour les ODPC commerciaux</i>	<i>226</i>
2	UN « CONTROLE DE CONFORMITE » DES ACTIONS QUI PORTE MAL SON NOM ET IMPACTE DAVANTAGE LES SEGMENTS DE L'OFFRE DEJA LES PLUS PENURIQUES.....	227
2.1	LE TAUX DE REJET EST MARQUE PAR UN FORT ECART EN DEFAVEUR DES SEGMENTS LES PLUS PENURIQUES DE L'OFFRE, ET DE LEURS ACTEURS.....	228
2.1.1	<i>A partir des bases statistiques de l'agence, la mission a pu effectuer ses propres mesures du taux de rejet, qui n'est suivi que de manière globale par l'agence</i>	<i>228</i>
2.1.2	<i>Le taux de rejet des actions est d'environ un tiers, mais approche les 50 % hors formation continue et dans le cas des actions monoprofessionnelles ciblant les professions en marge du DPC.....</i>	<i>228</i>
2.1.3	<i>La surexposition au rejet de certains types d'actions de niche renvoie à la question des abandons en amont, qui semblent fréquents dans le cas des ODPC non commerciaux</i>	<i>231</i>
2.2	LES REJETS EN CONTROLE DE CONFORMITE SONT FORTEMENT ASSOCIES AU NON-RESPECT DES ORIENTATIONS PRIORITAIRES OU DES METHODES HAS.....	232

2.2.1	<i>Les rejets associés aux orientations prioritaires, qui sont de loin les plus nombreux, interrogent parfois par leur formalisme ou leur caractère scientifique.</i>	232
2.2.2	<i>Le second motif de rejet, à savoir le non-respect des méthodes HAS, nécessite une expertise pédagogique spécialisée</i>	235
2.2.3	<i>La composition du « pool » de professionnels de l'agence chargés du contrôle de conformité et son positionnement vis-à-vis des CSI illustre l'ambiguïté de son rôle.</i>	236
3	UN DISPOSITIF D'ACHAT D'ACTION PAR APPELS A PROJETS OU APPELS D'OFFRES, ALTERNATIF AU « GUICHET », QUI A ECHOUÉ	237
3.1	LE DISPOSITIF VISAIT A PERMETTRE A L'AGENCE DE PRENDRE L'INITIATIVE POUR ORIENTER L'OFFRE VERS LES BESOINS PRIORITAIRES DE SANTE	237
3.2	LES PROCEDURES LANCEES N'ONT SUSCITE QUE DE RARES REPONSES, DE QUALITE MOYENNE	238
3.3	LES PROFESSIONNELS ONT ETE TRES PEU NOMBREUX A S'INSCRIRE AUX ACTIONS SELECTIONNEES, JUSTIFIANT L'ABANDON DE CE MODE DE REGULATION DE L'OFFRE	240
4	UNE EVALUATION SCIENTIFIQUE ET PEDAGOGIQUE PAR LES CSI DONT L'EFFICACITE ET L'EFFICACITE SONT A RENFORCER	241
4.1	DE NOMBREUX AVIS DEFAVORABLES ONT TRAIT A L'INCOMPLITUDE DES DOSSIERS OU A DES POINTS POUVANT RELEVER DU CONTROLE DE CONFORMITE	241
4.1.1	<i>La proportion de dossiers trop incomplets pour évaluer la qualité scientifique et pédagogique des actions suggère des marges d'optimisation du processus de régulation</i>	241
4.1.2	<i>Le nombre de refus, notamment au titre des orientations prioritaires et des méthodes HAS, interroge le chaînage entre contrôle de conformité et évaluation par les CSI.</i>	243
4.2	LE PROCESSUS D'EVALUATION EST FRAGILISE PAR LES DIFFERENTIELS DE CHARGE DE TRAVAIL ENTRE CSI	247
4.2.1	<i>Les fortes différences de probabilités d'évaluation entre CSI, publiquement connues, suscitent des comportements d'optimisation par les ODPC.</i>	247
4.2.2	<i>Les modalités d'échantillonnage actuelles, assez frustes, ne sont pas à même de faire contrepoids aux différentiels de capacité d'absorption</i>	249
4.2.3	<i>La non-réunion des « sous-sections » créées en miroir à l'organisation institutionnelle des professions de santé plaide pour la création de nouvelles commissions.</i>	249
4.3	LE PROCESSUS EST AUSSI FRAGILISE PAR DES DELAIS EXCESSIFS DE NOTIFICATION, QUI AU-DELA DES MOYENS POSENT LA QUESTION DE LA CAPACITE DE PRIORISATION PAR L'AGENCE	252
5	ELEMENTS DE COMPARAISON AVEC LA REGULATION DES DEPOTS DE FORMATIONS COLLECTIVES AU FAF PM ET AU FIF PL	254
5.1	RESUME DES PROCEDURES ET PRATIQUES AU FAF PM	254
5.2	RESUME DES PROCEDURES ET PRATIQUES AU FIF PL	256

1 Un dossier d'enregistrement des organismes à adapter

1.1 Un dispositif d'encadrement de l'offre de formation conçu de manière indépendante de celui s'appliquant aux organismes de formation bénéficiant de financements publics

1.1.1 La procédure d'enregistrement des ODPC a été mise en place antérieurement au renforcement des exigences imposées aux organismes de formation

[722] 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). Il s'agit donc d'un dispositif conçu en 2016, alors que les organismes de formation n'étaient soumis qu'à une simple déclaration d'activité.

[723] Or, la loi du 5 septembre 2018 pour la liberté de choisir son avenir professionnel a, depuis, introduit des exigences supplémentaires pour les organismes de formation financés par fonds publics, par le biais de la certification Qualiopi (cf. encadré ci-après). Les critères d'enregistrement des ODPC n'ont, en revanche, pas été modifiés en conséquence. L'agence a d'ailleurs proposé aux tutelles, dans sa note blanche pour le dossier ministre d'avril 2022, d'« exiger la certification Qualiopi », « s'agissant des organismes privés »²¹⁴.

La certification Qualiopi

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

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

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

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

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

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

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

²¹⁴ La mission attire néanmoins l'attention sur le caractère discriminatoire de cette distinction.

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

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

1.1.2 Il apparaît désormais souhaitable d'articuler les deux procédures

[724] La certification Qualiopi a, depuis la loi de 2018, fait l'objet d'une appropriation par un nombre importants d'acteurs, avec aujourd'hui 42 000 organismes certifiés, parmi lesquels de nombreux ODPC qui s'interrogent (et ont interrogé la mission) sur la non prise en compte de cet élément dans le cadre de la procédure d'enregistrement auprès de l'ANDPC. Par exemple, le CHU de Bordeaux a indiqué que du fait de la certification Qualiopi, ses équipes disposent d'une expertise en matière de conception des déroulés pédagogiques.

[725] Une articulation des procédures relatives à la formation et au DPC apparaît pourtant hautement souhaitable alors que l'offre de DPC est à plus de 80 % une offre de formation : il s'agirait d'alléger le contrôle à l'enregistrement des organismes certifiés Qualiopi, tout en maintenant l'évaluation des actions qui n'existe pas pour les organismes de formation, sauf exceptions.

1.2 Le dossier d'enregistrement des organismes inclut des rubriques peu appropriées

[726] Le déroulement de la procédure d'enregistrement est présenté à la section 1.2.1.2 de l'annexe 2 ; aussi les sections ci-après sont-elles uniquement dévolues à la discussion de la composition du dossier (section ci-après) et à l'utilisation faite de ce dossier pour catégoriser les ODPC (section 1.3)

1.2.1 Certaines demandes d'informations semblent prématurées au stade de l'enregistrement

[727] La mission a analysé le contenu de l'annexe I à l'arrêté du 14 septembre 2016, relative à la composition du dossier d'enregistrement, et constate que certaines demandes y semblent prématurées.

[728] Ainsi en va-t-il de la rubrique C.1, relative aux critères du déclarant pour choisir ses concepteurs et intervenants par rapport à l'activité de développement professionnel continu proposée : cette rubrique, potentiellement longue à renseigner, relève de la déclaration d'intention non vérifiable au stade de l'enregistrement. Elle semble par ailleurs, pour les organismes déjà certifiés Qualiopi, redondante avec le 5^{ème} critère de cette démarche relatif à la qualification du personnel (avec deux sous-indicateurs respectivement relatifs aux compétences des acteurs et à la gestion de la compétence).

[729] Par ailleurs, la rubrique F de l'annexe, relative aux « ressources financières », fait référence en F.2 au compte de résultat de l'année N-1. Or, même lorsque le DPC n'est pas l'activité principale (cas dans lequel une activité préexisterait à l'enregistrement de l'organisme), il est précisé que les éléments demandés se limitent à l'activité de DPC, qui par définition n'existait pas. La rubrique F précise certes qu'il convient alors de fournir un compte de résultat prévisionnel. On imagine toutefois l'aléa très important qui pèse sur les projections au titre d'une activité nouvelle. Ainsi, cette rubrique, qui pouvait avoir sa pertinence lorsque les organismes avaient dû se réenregistrer dans le sillage de la transformation de l'OGDPC en ANDPC, semble aujourd'hui devenir largement sans objet.

[730] En outre, il est également demandé à la rubrique F.1 de l'annexe la « communication du budget prévisionnel en charges et produits du déclarant au titre de l'année N », alors même que l'objet de la rubrique F est celui des « ressources » financières, et non des dépenses, et qu'en l'espèce le compte de résultat prévisionnel évoqué ci-dessus suffit à établir l'origine des recettes prévisionnelles de l'organisme (la connaissance des dépenses des ODPC peut certes revêtir un intérêt pour l'agence, mais il faudrait imaginer d'autres sources que des prévisions déclaratives, non soumises à contrôle, comme l'ont d'ailleurs montré les problèmes rencontrés dans le cadre de l'étude de coûts – cf. annexe 1, section 4.3.3).

1.2.2 Il existe des redondances, aussi eu égard aux contenus exigés lors du dépôt ultérieur d'actions

[731] Le dossier d'enregistrement comporte ainsi, à sa rubrique C.3, la demande des CV et déclarations d'intérêt des concepteurs d'actions, informations pourtant redemandées lors du dépôt d'actions (rubrique N de l'annexe II de l'arrêté), sachant en outre que la rubrique B.1 du dossier d'enregistrement, relative à l'« identification des membres du conseil scientifique ou instance équivalente »²¹⁵ (obligatoire pour toute personne morale), s'enquiert déjà des statuts professionnels, titres et qualifications desdits membres, ainsi que de leurs CV et déclarations d'intérêt, et permet donc le contrôle de la présence d'une expertise scientifique au sein de la structure.

[732] C'est d'ailleurs sur cette dernière rubrique B1 relative au conseil scientifique que portent principalement les messages adressés aux ODPC par l'agence dans une note de septembre 2022 intitulée « une analyse renforcée des demandes d'enregistrement des organismes ». En effet, le premier point du document, intitulé « le rôle central du conseil scientifique », qui représente près de la moitié du propos, rappelle notamment que ce conseil est « *le garant de la qualité des actions présentées par l'ODPC* », « *en validant les actions élaborées par les concepteurs, en vérifiant la pertinence des publics sélectionnés au regard de la thématique traitée, en s'assurant de la cohérence d'ensemble, en veillant au respect de la méthode de DPC déployée et plus généralement au respect des exigences de DPC* ».

²¹⁵ Cette formulation gagnerait parfois à être explicitée, en particulier dans le cas des hôpitaux et des universités

Le cas particulier de l'enregistrement des travailleurs indépendants

Il n'existe logiquement pas d'exigence de conseil scientifique dans le cas des travailleurs indépendants. Cela peut alors justifier la demande de leurs CV et déclarations d'intérêt lors de l'enregistrement. Force est toutefois de constater que ces mêmes documents sont par ailleurs redemandés lors du dépôt d'actions au titre des rubriques « concepteurs » et/ou « intervenants » (rubriques N et O de l'annexe II), ce qui interroge là encore au regard des bonnes pratiques du « dites-le-nous une fois », d'autant qu'il s'agit de fournir plusieurs fois un document non à plusieurs administrations, mais à une seule. L'absence de nouvelle demande peut certes aboutir à des défauts d'actualisation ; mais même les ODPC personnes morales sont supposés procéder à cette actualisation via le dossier d'enregistrement (cf. *infra*).

En outre, la demande de « publications » applicable aux indépendants (rubrique B.2) excède ce qui est demandé aux ODPC personnes morales, que ce soit au stade de l'enregistrement ou du dépôt d'actions : il n'est en effet demandé de publications ni aux membres de conseils scientifiques, ni aux concepteurs, ni aux intervenants des ODPC personnes morales. L'ANDPC a indiqué à la mission qu'en pratique, elle s'enquiert des publications d'un indépendant s'il ne s'est pas entouré d'un conseil scientifique, afin de vérifier qu'il ne s'agit pas pour lui de « vendre sa méthode ».

[733] Au-delà de leur redondance avec d'autres demandes au titre de l'enregistrement ou du dépôt d'action, les demandes des CV et déclarations d'intérêt des concepteurs s'avèrent peu opérantes à ce stade amont : non seulement ces documents sont par nature périssables, mais leur pertinence reste tributaire du *turnover* des concepteurs, ou de possibles recrutements multiples au sein de grosses structures. Ainsi le masque de saisie des actions fourni par l'agence indique-t-il « parmi la liste globale des concepteurs déclarés dans votre dossier d'enregistrement, vous devez sélectionner le(s) concepteur(s) de l'action ou pilote(s) de la démarche. Le CV et la déclaration d'intérêts sont alors automatiquement joints ». La représentante d'une structure de formation d'un ESPIC a d'ailleurs signalé à la mission que les concepteurs de programme qui sont partis ne peuvent être supprimés.

[734] Le masque de saisie des actions demande aussi aux ODPC de s'assurer que, pour les concepteurs, « chaque déclaration d'intérêts est actualisée, datée et signée de l'année en cours (une tolérance est appliquée pour les déclarations datées en année N-1). L'actualisation de la déclaration d'intérêts d'un concepteur se fait via votre dossier d'enregistrement en qualité d'organisme de DPC ». Or le fait de faire reposer les démarches d'actualisation sur la tenue du dossier d'enregistrement, disjoint de ceux de dépôt des actions émises au fil de l'eau, peut nuire à l'appropriation des enjeux de liens d'intérêt de part et d'autre :

- d'une part, parce que l'agence ne réinstruit pas les dossiers d'enregistrement d'organismes déjà enregistrés et se concentre sur le flux annuel de milliers de dépôts d'actions ;
- d'autre part, parce que les organismes qui se concentrent sur la publication de leurs actions et donc sur le dossier afférent, n'ont pas l'habitude d'accéder au dossier d'enregistrement vieux de plusieurs années, et peuvent par ailleurs avoir l'impression que l'agence n'exerce aucun contrôle de cette obligation d'actualisation.

[735] En outre, dans le masque de saisie des actions, rien n'est dit sur l'actualisation des CV et déclarations d'intérêt des membres de conseils scientifiques, documents qui ne sont, eux, pas redemandés lors des dépôts d'action. Certes la note de l'agence aux ODPC de septembre 2022 précise que « *l'Agence met à votre disposition sur votre espace un formulaire de déclaration d'intérêts. Tous les membres de votre instance scientifique, ainsi que vos concepteurs et intervenants doivent remplir, dater et signer cette déclaration, laquelle doit être actualisée à chaque évolution des liens d'intérêts et au minimum chaque année* ». Une telle disposition semble toutefois peu opérante dès lors que l'enregistrement des organismes n'est aujourd'hui assorti d'aucune limitation de durée.

[736] Même dans le seul cas des intervenants, le très grand nombre de défauts d'actualisation pointé à l'occasion des évaluations d'actions par les commissions scientifiques indépendantes (CSI) – que la mission a pu constater lors de ses échantillonnages, cf. partie 4 *infra* - confirme que les processus actuels ne sont qu'assez peu incitatifs à l'actualisation des déclarations d'intérêt.

1.2.3 La difficulté à articuler dossiers d'enregistrement et de dépôt des actions renvoie à la double entrée dans la régulation de la qualité qui constitue une spécificité du DPC

[737] Un article coécrit²¹⁶ 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).

[738] Ainsi, aux Etats-Unis l'approche est davantage basée sur la confiance – ce qui est certes plus facile en l'absence d'une manne de financement public - 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* »). Mais on en est sans doute loin en France avec la demi-heure consacrée à chaque action par les CSI, assortie de relectures de personnels administratifs de l'agence, dont les membres ne sauraient avoir la spécialisation d'un *board* professionnel américain.

[739] Force est de constater qu'en France même, les organismes de formation sont soumis à un schéma assez proche : comme exposé en section 1.1 *supra*, 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 (il existe toutefois une dérogation pour les établissements d'enseignement supérieur réputés satisfaire à la norme).

²¹⁶ Vive la Différence : A Comparison of CPD Quality Assurance Systems in France and The United States, publié le 24/04/2022

[740] La mission note à cet égard que les diverses demandes de CV dans le cadre des procédures applicables aux ODPC pourraient suggérer une logique de délégation de l'évaluation, bien que l'agence dispose de ses propres CSI.

1.3 Le dossier d'enregistrement des organismes pourrait davantage aider l'agence à segmenter son approche des ODPC et sa communication envers eux

1.3.1 De nombreux organismes ne se conforment pas aux modalités de réponse de l'arrêté au moment de déclarer leur « statut juridique », ce qui en complique l'exploitation

[741] La première information administrative retracée dans la liste de l'annexe I à l'arrêté du 14 septembre 2016 est le statut juridique de l'organisme.

[742] Cette information présente un intérêt analytique puisqu'elle renvoie à des modèles économiques et/ou organisationnels fondamentalement différents : ODPC commerciaux visant a priori des gains de part de marché et le dégagement d'une marge bénéficiaire, ODPC associatifs parfois issus de l'écosystème d'une profession ou d'un secteur géographique, ODPC gérés par des indépendants dont l'offre est à ce titre quantitativement limitée, ODPC du secteur sanitaire et médico-social s'adressant essentiellement à leurs propres salariés, en valorisant au titre du DPC des actions qu'ils sont parfois tenus d'organiser à un autre titre (cf. annexe 4), et ce, que les établissements supports se rattachent à des structures publiques, privées à but non lucratif ou privées à but lucratif.

[743] L'annexe à l'arrêté distingue en l'occurrence les statuts juridiques suivants : société civile, société commerciale, association loi 1901, GIE, ESPIC, ESP, EPS, établissement médico-social public, établissement public, « notamment (...) à caractère scientifique, culturel et professionnel » (EPSCP), travailleur indépendant, organismes ou structures de droit étranger.

[744] Mais faute de menus déroulants avec listes limitatives reprenant ces différentes modalités, la variable du statut juridique nécessite de nombreux recodages avant d'être opérante.

[745] Tout d'abord, de nombreux ODPC déclarent des formes juridiques qui ont vocation à être rattachées à d'autres, plus génériques, seules à être prévues par l'arrêté : « autoentrepreneurs » qui devraient se déclarer travailleurs indépendants, formes de sociétés allant bien au-delà de la dichotomie proposée entre « société civile » et « société commerciale » (SA, SAM, SARL, SAS, SASU, SCOP, SELAS, SNC, SPRL...), voire mention de statuts sans consistance juridique tels que « structure de formation ». Ces problèmes déclaratifs auraient pu être progressivement décelés par l'agence et donner lieu à des infobulles ou autre guides d'aides destinés à normaliser la réponse des déclarants, en contrepartie de dispositifs de contrôle bloquant.

[746] Mais la liste des modalités proposées souffre elle-même d'incomplétudes qui vont au-delà de l'anecdotique. En effet l'annexe à l'arrêté n'a notamment pas prévu de modalités de réponse ad hoc pour des formes juridiques aussi classiques que les EPA, les GIP ou les fondations. Il en va de même s'agissant de types de structures pourtant fréquents dans les domaines sanitaire et médico-social, comme les divers groupements de coopération ou encore les établissements

médico-sociaux privés (seuls les établissements médico-sociaux publics étant mentionnés). Par ailleurs, la mention des seules associations « loi 1901 » conduit les autres structures associatives (de type syndical, mutualiste, ou relevant du droit local d'Alsace-Moselle) à devoir utiliser des libellés ad hoc, non normalisés.

[747] Au final, les exemples de défauts d'harmonisation des réponses attachées à la variable « statut juridique » sont nombreux : on compte ainsi 9 libellés différents pour les SAS, 4 pour les SASU, 3 pour les SARL, les EURL, mais aussi les GIP, les organismes consulaires ou les autoentrepreneurs. On trouve également des encodages concurrents pour les EPA, les EPLE, ou les GCSMS, et 5 syndicats professionnels sont enregistrés sous 3 libellés de statut juridique différents

[748] En l'absence de recodage, il n'est pas surprenant que l'ANDPC n'ait jamais diffusé de statistiques par types d'ODPC. La forme juridique permet pourtant de définir de manière pertinente, et en toute objectivité, différents segments de l'offre de DPC. En effet la quasi-totalité des organismes se rattachent sans ambiguïté aux pans commerciaux, indépendants, associatifs, universitaires, ou sanitaire et médico-social de l'offre (seuls une trentaine d'organismes sur plus de 2500 présentant des profils plus atypiques, dont à peine plus d'une dizaine actuellement actifs au sens du dépôt d'actions, cf. ci-après).

1.3.2 Même en assurant un meilleur renseignement du statut juridique, le dossier gagnerait à davantage prendre en compte le positionnement institutionnel des organismes

[749] L'entrée juridique reste parfois insuffisante pour appréhender le positionnement des organismes, notamment lorsqu'il s'agit de GIE, de GIP, d'EPA, d'EPSCP ou de sociétés unipersonnelles. Ainsi, 3 GIP se rattachent à la sphère sanitaire et médico-sociale (avec notamment un IFSI), 2 GIP à la sphère universitaire, 3 autres GIP ayant un profil plus particulier. De même, tous les ODPC encodés EPSCP n'appartiennent pas à la sphère universitaire avec, par exemple, un service départemental d'incendie et de secours, ou encore un groupement de coopération sanitaire.

[750] La mission relève par ailleurs que les acteurs du monde de l'enseignement (supérieur) ne sont pas identifiés en tant que tels malgré l'association *ad hoc* du ministère concerné à diverses instances de l'agence²¹⁷, avec parfois le besoin d'une doctrine de classification des ODPC (par exemple, rattachement des IFSI/IFAS à la sphère hospitalière et non éducative...).

[751] Enfin, certains ODPC apparaissant tantôt comme « commerciaux » tantôt comme « associatifs » sont en fait des structures se rattachant à d'importants groupes privés de cliniques, d'EHPAD ou de laboratoires qui y logent leur activité de formation : tel est notamment le cas des ODPC associés aux groupes Cerba (association loi 1901), Elsan (université Elsan, société commerciale), Korian (Formadep, association loi 1901), ou Ramsay (GIE Ramsay Générale de santé hospitalisation). Ces ODPC « employeurs » gagneraient à être répertoriés en tant que tels, car ils ont beaucoup plus en commun avec les établissements sanitaires et médico-sociaux - y compris publics (offre conçue pour les salariés, et au vu des différentes exigences s'imposant à

²¹⁷ HCDPC et CSI (dans ce second cas via la désignation de personnalités qualifiées)

l'employeur) qu'avec les autres ODPC commerciaux ou associatifs. Par ailleurs, de telles structures captives sont exposées à des formes particulières de conflits d'intérêts.

1.3.3 Le panorama des ODPC actifs effectué par la mission confirme leur grande diversité

[752] La mission s'est attachée à reclassifier les 2667 ODPC enregistrés auprès de l'agence en 2021, dont 1228 « actifs », c'est-à-dire déposant des actions.

[753] On trouve tout d'abord 513 ODPC actifs qualifiés de « commerciaux », libellé sous lequel la mission a regroupé 405 « sociétés commerciales », mais aussi 53 SAS, 32 SARL (dont un « organisme de formation professionnelle » et un « enseignement privé associatif »), 8 « sociétés civiles », 5 GIE, 3 SA, 2 sociétés coopératives à forme anonyme, 1 SCOP SA, 1 société d'assurance mutuelle (SAM), 1 société d'exercice libéral par actions simplifiée (SELAS), 1 société en nom collectif (SNC), 1 société privée à responsabilité limitée (SPRL).

[754] Le second segment en nombre correspond à 412 ODPC actifs qualifiés d'« associatifs », la mission ayant inclus dans cette sphère 396 « associations loi 1901 », mais aussi 5 syndicats professionnels, 3 associations relevant du droit local d'Alsace-Moselle, 3 fondations, 3 autres fondations « reconnues d'utilité publique », 1 « mutuelle », 1 « mutualiste ».

[755] Le troisième segment est celui des 152 ODPC actifs rattachables à des structures sanitaires et médico-sociales, c'est à dire 114 EPS (dont 24 CHU/CHR), 17 ESPIC (dont un se signalant sous le statut « association loi 1901 »), 13 établissements de santé privés à but lucratif, 3 GCS (dont deux se signalant sous le statut d'établissement public), 2 EMS publics, 1 GCSMS, 1 CLCC, et 1 « établissement privé participant au service public ». L'importance de cette catégorie est sous-estimée du fait de la non-reclassification en son sein d'un certain type d'ODPC associatifs ou commerciaux (cf. dernier paragraphe de la section précédente).

[756] La mission a par ailleurs distingué 104 ODPC actifs « unipersonnels », regroupant sous ce terme 75 « travailleurs indépendants », mais aussi 17 SASU, 8 EURL, 3 autoentrepreneurs et 1 SARL unipersonnelle.

[757] Les 34 ODPC actifs qualifiés d'« universitaires » se composent quant à eux de 30 universités (27 enregistrées comme EPSCP, une comme « université », une comme « établissement public supérieur », et une – l'institut catholique de Lille- comme association de la loi de 1875), ainsi que de 3 autres EPSCP (l'EHESP, l'ENSOSP²¹⁸ et un centre professionnel et de pédagogie appliquée), et d'un ODPC estampillé « ministère de la défense » (Ecole du Val de Grâce, assurant les formations du SSA).

[758] Enfin, 13 ODPC actifs n'entrent dans aucune des catégories précédentes : il s'agit de 3 EPA (ABM, CNAM et EFS), d'un EP local à caractère national (CNFPT), du Centre international de recherche sur le cancer, de 3 organismes consulaires (2 CCI et une faculté des métiers), de 3 GIP (réseau santé qualité Hauts de France, réseau espace santé cancer Rhône-Alpes, GIP santé

²¹⁸ Ecole nationale supérieure des officiers de sapeurs-pompiers

éducation), et de 2 services départementaux d'incendie et de secours (dont l'un classifié sous cette catégorie, l'autre comme « établissement public »).

[759] Le tableau 1 ci-après indique que ces catégorisations effectuées par la mission, certes non sans mal compte tenu du manque de constance et de cohérence dans l'encodage des modalités, ont néanmoins le mérite d'objectiver, sur la base des données relatives à l'exercice 2021 :

- la forte spécificité des ODPC rattachés à des structures sanitaires (et médico-sociales), avec d'une part de bien plus fortes proportions d'actions d'EPP et de GDR (près de 25 % au lieu de valeurs culminant à 3 % pour les autres types d'ODPC), d'autre part un très faible nombre moyen d'actions publiées par ODPC actif (qui ne s'élève qu'à 5,8 hors CHU de Bordeaux, soit une moyenne inférieure même à celle des ODPC unipersonnels, égale à 6,3) ;
- le positionnement à la fois plus large et plus généraliste des ODPC commerciaux, qui enregistrent le plus grand nombre moyen d'actions publiées par ODPC actif.

Tableau 1 : Ventilation des actions de DPC, par 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%
ES/EMS	450	152	1038	6,8	162	217	20,9%	26	2,5%	774	74,6%	21	2,0%
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%
TOTAL	2667	1247	16918	13,6		487	2,9%	47	0,3%	14996	88,6%	1388	8,2%

Source : Données ANDPC, calculs mission

[760] Le tableau 2 ci-après s'intéresse au nombre de bénéficiaires financés par l'agence, approché comme la demi-somme du nombre de professionnels inscrits et de professionnels pris en charge au titre de 2021²¹⁹. Il confirme quant à lui :

- que les ODPC rattachés à des structures sanitaires (et médico-sociales) ne sont que résiduellement présents auprès des professionnels (essentiellement libéraux) financés par l'agence, en ne représentant qu'un peu plus de 0,1 % des participations de ces seuls professionnels ;
- qu'à l'inverse, les ODPC commerciaux représentent un segment très important du marché financé par l'agence, avec 82 % des participations des professionnels concernés, et ce

²¹⁹ En effet se baser sur les seuls professionnels pris en charge sous-estimerait le total dans la mesure où les ODPC disposent de deux ans pour présenter les factures à l'agence, avec en outre des délais suspensifs en cas de demandes complémentaires de la part de l'ANDPC ; inversement se baser sur le nombre d'inscrits surestimerait le total car certains désistements peuvent pour la même raison ne pas encore avoir été notifiés à l'agence (de plus quelques rares professionnels ne demandent pas le remboursement).

même si ces ODPC ne proposent que 54 % des actions (cf. tableau 1), car dans leur cas le nombre de participants par action peut atteindre des niveaux très importants (avec une valeur maximale de 736 contre 125 parmi les ODPC associatifs et 87 pour les ODPC unipersonnels).

Tableau 2 : 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
ES/EMS	450	152	280	78	0,27	6,00
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
TOTAL	2667	1247	201887	11757	11,93	736,00

Source : Données ANDPC, calculs mission

1.3.4 Le suivi des ODPC dans la durée tend à confirmer que l'impact des procédures administratives est moins décourageant pour les ODPC commerciaux

[761] 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 effet, des éléments récurrents du débat ont trait :

- à la lourdeur des procédures d'enregistrement et de validation des actions de DPC, qui décourageraient les ODPC non commerciaux²²⁰ ;
- au grand nombre d'ODPC inactifs : des interlocuteurs de la mission estiment que certains d'entre eux ne s'enregistrent que pour pouvoir se prévaloir de la qualité d'ODPC et ainsi asseoir leur respectabilité.

[762] En faisant le point sur l'activité en 2021 des ODPC enregistrés en 2018, la mission a alors constaté près de 18 % d'entre eux n'ont jamais déposé d'actions, mais aussi que cette proportion n'est pas plus forte pour les ODPC commerciaux que pour les autres (17,6 % pour une moyenne de 17,7 %). La proportion de ces ODPC « zombies » s'avère en revanche plus forte pour les indépendants ainsi que pour les établissements sanitaires et médico-sociaux (la statistique étant

²²⁰ Voir par exemple la contribution écrite du CNP des pharmaciens, qui évoque « des programmes qui gagneraient à être organisés par des pairs et non par des organismes commerciaux loin du terrain » mais estime cela « impossible dans ce concept d'organisme de DPC très lourd à gérer pour les professionnels »

toutefois d'une robustesse toute relative avec respectivement une trentaine et vingtaine d'établissements de chaque type enregistrés en 2018).

[763] Mais la mission attire surtout l'attention sur les différentiels entre types d'ODPC s'agissant de la part d'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) ; le taux de « découragés » atteint même 60 % dans le cas des ODPC associatifs.

[764] Ces résultats, dont la robustesse statistique est certes à relativiser, semblent néanmoins 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 organismes aux comportements les plus « prédateurs », faisant l'objet de signalements à l'agence par d'autres ODPC ou par des professionnels de santé.

Tableau 3 : Analyse du renoncement au dépôt d'actions par les ODPC selon le type d'ODPC

	total	commerciaux	associatifs	unipersonnels	ES/EMS	universitaires	autres
ODPC enregistrés 2018	209	91	62	29	21	2	4
dont publiant en 2021 des actions	87	54	18	8	5	1	1
dont ne publiant pas en 2021	122	37	44	21	16	1	3
dont ayant déposé des actions auparavant	85	21	38	12	11		3
dont avec au moins une action publiée	65	17	25	10	11		2
dont n'ayant jamais déposé d'actions	37	16	6	9	5	1	
% survivants à 3 ans	41,6%	59,3%	29,0%	27,6%	23,8%	50,0%	25,0%
% découragés à 3 ans	40,7%	23,1%	61,3%	41,4%	52,4%	0,0%	75,0%
dont découragés ayant pourtant publié	31,1%	18,7%	40,3%	34,5%	52,4%	0,0%	50,0%
dont découragés n'ayant jamais publié	9,6%	4,4%	21,0%	6,9%	0,0%	0,0%	25,0%
% sans aucun dépôt d'action ("zombies")	17,7%	17,6%	9,7%	31,0%	23,8%	50,0%	0,0%

Source : Données ANDPC, calculs mission

2 Un « contrôle de conformité » des actions qui porte mal son nom et impacte davantage les segments de l'offre déjà les plus pénuriques

[765] Le contrôle de conformité constitue le premier niveau de régulation de la qualité des actions de DPC. Il est effectué, non par des experts de l'évaluation scientifique et pédagogique (qui interviennent par sondage dans un second temps) mais par les services de l'agence, avec la constitution d'un « pool » dédié, néanmoins composé de professionnels de santé, avec au 31/12/2022 6 professionnels (libéraux ou retraités) exerçant à l'agence à temps partiel représentant 2,4 ETP : 1 psychomotricien, 1 sage-femme, 1 infirmier de bloc opératoire, 1 kinésithérapeute, 1 infirmier et 1 manipulateur d'électroradiologie médicale. Il a bénéficié d'un renfort temporaire de 3 personnes (1,2 ETP) : 1 sage-femme, 1 infirmier et 1 pharmacien d'officine.

L'agence estime qu'un agent peut traiter 30 actions par jour de travail. Ce qui représente une capacité d'absorption annuelle de l'ordre de 15000 actions. La section 1.2.1.2 de l'annexe 2 présente le fonctionnement général du processus de validation des actions avant publication.

2.1 Le taux de rejet est marqué par un fort écart en défaveur des segments les plus pénuriques de l'offre, et de leurs acteurs

2.1.1 A partir des bases statistiques de l'agence, la mission a pu effectuer ses propres mesures du taux de rejet, qui n'est suivi que de manière globale par l'agence

[766] La mission a calculé le taux de rejet des actions déposées à l'agence en 2021 en vue de leur contrôle de conformité, en analysant ce taux à la fois selon le type d'action de DPC (EPP, FC, GDR) et selon la profession cible (une même action multiprofessionnelle étant donc prise en compte pour chacune des professions visées).

[767] Le taux de rejet a été défini comme le quotient entre :

- au numérateur, la somme des nombres d'actions rejetées, en attente de compléments/publication, ou supprimées par l'organisme lui-même (en anticipation de ou suite à des difficultés rencontrées lors du processus) ;
- au dénominateur, le nombre total des actions présentées à l'agence, en ôtant donc les actions issues d'une reconduction dont la conformité avait déjà été évaluée durant la première année du triennal.

[768] La mission note que l'on ne trouve aucun chiffre de cette nature dans le rapport annuel de l'agence, alors que celui-ci évoque les taux d'avis favorables ou défavorables des CSI (seconde étape de régulation de la qualité de l'offre évoquée en partie 4 *infra*).

2.1.2 Le taux de rejet des actions est d'environ un tiers, mais approche les 50 % hors formation continue et dans le cas des actions monoprofessionnelles ciblant les professions en marge du DPC

[769] Le taux moyen de rejet calculé à partir de la démarche suivie apparaît s'élève à 33 %, mais cette moyenne cache de nettes disparités :

- d'une part, alors que le taux de rejet des actions de formation continue est de l'ordre de 30 %, il atteint 40 % pour les actions d'EPP et surtout 48 % pour les parcours intégrés (qui constituent plus des trois quarts des actions hors formation continue pure), avec même un pic de plus de 55 % pour la GDR, ce dernier chiffre étant toutefois à relativiser puisque seules une douzaine de nouvelles actions de GDR ont été présentées en 2021 ;
- d'autre part, les taux de rejet atteignent des niveaux bien plus importants que la moyenne pour les professions confrontées aux offres de DPC les moins fournies : 48 % pour les manipulateurs d'électroradiologie et les orthésistes, 50 % pour les audioprothésistes, 55 %

pour les biologistes, 57 % pour les prothésistes, 59 % pour les podo-orthésistes, 60 % pour les épithésistes (15 actions présentées) et les orthopédistes-orthésistes, 70 % pour les assistants dentaires (10 actions présentées) et jusqu'à 74 % pour les techniciens de laboratoire. A l'inverse, le taux de rejet est inférieur à la moyenne²²¹ pour des professions numériquement importantes telles que les médecins, sage-femmes ou pédicures-podologues.

[770] Ainsi, les segments de l'offre les plus étroits s'avèrent aussi les moins matures.

Tableau 4 : Taux de rejet des actions, par profession et par type d'action de DPC (2021)

	total	dont FC	hors FC	dont EPP	dont GDR	dont PI	nb d'actions présentées
ENSEMBLE	32,7%	30,2%	46,5%	40,3%	55,6%	47,8%	7924
aide-soignants	41,5%	40,0%	56,4%	47,1%	50,0%	60,9%	841
assistants dentaires	70,0%	70,0%					10
audioprothésistes	50,0%	48,8%	100,0%			100,0%	42
auxiliaires de puériculture	42,8%	41,2%	63,6%	54,5%	33,3%	87,5%	299
biologistes	55,3%	58,2%	36,8%	10,0%	25,0%	78,6%	282
chirurgiens-dentistes	33,4%	32,2%	45,2%	40,0%		45,9%	458
diététiciens	35,4%	33,5%	46,2%	22,2%	28,6%	66,7%	336
épithésistes	60,0%	60,0%					15
ergothérapeutes	40,6%	38,8%	62,9%	52,9%	0,0%	86,7%	468
infirmiers	33,1%	30,9%	50,2%	37,5%	50,0%	54,2%	2553
manipulateurs d'électroradiologie	47,9%	46,9%	56,3%	50,0%	40,0%	71,4%	163
masseurs-kinésithérapeutes	34,6%	31,6%	62,3%	36,4%	0,0%	73,0%	1615
médecins	31,6%	26,8%	45,8%	36,7%	52,0%	47,9%	3815
ocularistes	42,9%	42,9%					7
opticiens-lunetiers	12,5%	11,2%	28,6%	25,0%		33,3%	96
orthophonistes	37,8%	35,8%	68,5%	61,3%	20,0%	94,4%	867
orthoprothésistes	44,4%	44,4%					27
orthoptistes	44,1%	42,9%	63,6%	50,0%	0,0%	75,0%	186
orthopédistes-orthésistes	59,5%	61,5%	33,3%	100,0%	0,0%	0,0%	42
orthésistes	48,1%	50,0%	33,3%		0,0%	50,0%	27
pédicures-podologues	32,4%	29,0%	75,0%	66,7%	0,0%	81,0%	383
pharmaciens	33,1%	31,6%	46,7%	37,5%	27,3%	53,2%	1159
physiciens médicaux	0,0%	0,0%					2
podo-orthésistes	58,9%	56,0%	83,3%		0,0%	100,0%	56
prothésistes	57,1%	57,9%	50,0%		0,0%	100,0%	21
préparateurs en pharmacie	40,6%	39,4%	50,0%	25,0%	42,9%	53,5%	485
psychomotriciens	43,6%	42,2%	58,8%	42,1%	0,0%	92,3%	404
sage-femmes	28,4%	26,1%	48,6%	16,7%	50,0%	51,7%	705
techniciens de laboratoire	74,0%	75,0%	55,6%	50,0%	0,0%	80,0%	181

Source : ANDPC, calculs mission

Note : le nombre total d'actions 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. Les pourcentages surlignés en jaune s'appliquent à des totaux de nombre d'actions inférieurs ou égaux à 2.

²²¹ Les écarts au taux de rejet moyen sont faibles car ces professions pèsent beaucoup plus lourd que les petites professions dans la moyenne générale.

[771] Le caractère à la fois pénurique et peu mature de l'offre destinée à certaines professions devient encore plus manifeste si l'on ne s'intéresse qu'aux seules actions monoprofessionnelles, c'est-à-dire aux actions conçues spécifiquement pour ces professions (généralement à faible effectif).

[772] En effet, comme le reflète le tableau suivant, 6 professions (surlignées en rouge) ne bénéficient d'aucune offre monoprofessionnelle avant même le contrôle de conformité, et 3 autres (surlignées en orange) voient la globalité de l'offre éliminée avant publication. De plus, le taux de rejet moyen pour les 19 professions dont l'offre est inférieure à 50 actions déposées (soit les 8 déjà signalées et celles surlignées en jaune) atteint 48,6 %, contre 28,0 % pour les 9 professions dont l'offre est plus abondante²²². Il convient en outre de rappeler que ces professions sont soumises, comme les autres, à la nécessité de participer à au moins deux types d'actions pour satisfaire à leur obligation de DPC. Ces constats posent question sur le spectre très large de professions soumises au DPC, d'autant que le modèle économique de ce dernier conduit à octroyer un large rôle à des organismes davantage portés à s'intéresser à des segments de la demande atteignant une certaine taille critique. La mission rappelle en outre que certaines professions à faible effectif sont aussi contraintes par des nombres très limités d'orientations prioritaires dédiées.

²²² Il serait en théorie possible d'envisager que c'est précisément du fait d'importants taux de rejets que certaines professions sont confrontées à une offre moindre. Les différences d'ordres de grandeur du nombre d'actions soumises à l'agence en amont du contrôle de conformité viennent toutefois invalider cette hypothèse.

Tableau 5 : Taux de rejet des actions monoprofessionnelles, par profession (2021)

profession	Total des actions présentées	taux de rejet
Aide-soignant	27	44,4%
Assistant dentaire	4	50,0%
Audioprothésiste	11	27,3%
Auxiliaire de puériculture	3	66,7%
Biologiste	46	39,1%
Chirurgien-dentiste	223	30,9%
Diététicien	5	60,0%
Epithésiste	0	
Ergothérapeute	32	31,3%
Infirmier	812	26,5%
Manipulateur d'électroradiologie	40	65,0%
Masseur-kinésithérapeute	722	29,2%
Médecin	2172	26,8%
Oculariste	0	
Opticien-lunetier	82	7,3%
Orthésiste	0	
Orthopédiste-orthésiste	7	100,0%
Orthophoniste	528	34,5%
Orthoprothésiste	0	
Orthoptiste	47	40,4%
Pédicure-podologue	109	28,4%
Pharmacien	285	30,5%
Physicien médical	0	
Podo-orthésiste	0	
Préparateur en pharmacie	2	100,0%
Prothésiste	1	100,0%
Psychomotricien	7	71,4%
Sage-Femme	117	24,8%
Technicien de laboratoire	25	60,0%
Total général	5307	29,0%
professions avec moins de 100 actions (19)	257	48,6%
professions avec plus de 100 actions (9)	5050	28,0%

Source : ANDPC, calculs mission

2.1.3 La surexposition au rejet de certains types d'actions de niche renvoie à la question des abandons en amont, qui semblent fréquents dans le cas des ODPC non commerciaux

[773] La précédente section indique que les actions rejetées sont surreprésentées au sein des offres de niche, auprès des professions à faible effectif et/ou en dehors du cadre le plus répandu de la formation continue (actions d'EPP, de GDR, ou dans le cadre de programmes intégrés).

[774] Les actions se rattachant à ces offres de niche sont donc davantage que les autres susceptibles d'émaner d'organismes spécialisés, proches d'une profession ou davantage présents sur les créneaux de l'EPP et de la GDR, c'est-à-dire en l'espèce les établissements sanitaires.

[775] Ce constat semble faire écho au plus fort taux d'ODPC découragés observé au sein de la sphère associative et parmi les organismes de la sphère sanitaire et médico-sociale (cf. section 1.3.4 *supra*).

2.2 Les rejets en contrôle de conformité sont fortement associés au non-respect des orientations prioritaires ou des méthodes HAS

2.2.1 Les rejets associés aux orientations prioritaires, qui sont de loin les plus nombreux, interrogent parfois par leur formalisme ou leur caractère scientifique.

[776] L'ODPC qui souhaite publier une action de DPC doit renseigner un certain nombre de rubriques (voir encadré ci-après) ; il bénéficie pour ce faire d'un masque de saisie mis en place par l'agence, accompagné d'infobulles, ainsi que d'un guide d'aide au dépôt des actions.

Le contenu du dossier de dépôt d'une action

Les rubriques à compléter incluent 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 -cf. encadré suivant). Le recours à la sous-traitance ou le déploiement d'une action conçue par un autre ODPC doivent être expressément signalés.

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 ; ce document 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'intérêt des concepteurs, ainsi que ceux des intervenants s'ils sont déjà identifiés.

[777] La mission a étudié un échantillon de 45 rejets d'actions à l'étape du contrôle de conformité. Afin d'assurer une bonne diversité des cas de figure, il a été choisi d'inclure 10 actions d'EPP et 5 actions de GDR²²³, et, parmi les autres actions retenues, 10 actions multiprofessionnelles,

²²³ Il n'était pas possible d'aller au-delà compte tenu du faible nombre d'actions de GDR et du fait qu'un nombre important d'actions sont acceptées.

11 actions monoprofessionnelles destinées à des professions à offre abondante²²⁴ (au sens du nombre d'actions monoprofessionnelles), et 9 actions monoprofessionnelles destinées à des professions à offre pénurique²²⁵ (cf. tableau 5 *supra* s'agissant des nombres d'actions monoprofessionnelles par professions).

[778] Il s'avère que des sujets de non-conformité aux orientations prioritaires du DPC ont été soulevés dans les deux-tiers des rejets d'actions dont la mission a pris connaissance. L'agence signale d'ailleurs dans son rapport annuel 2021 que « les refus de publication ont principalement été motivés par le fait que les actions ne s'inscrivaient pas dans le périmètre de l'orientation prioritaire de DPC sélectionnée ».

[779] Il s'agit néanmoins parfois de faire appliquer des règles formelles dont la valeur ajoutée est contestable. Ainsi, dans 5 cas, c'est notamment le nombre d'orientations choisi qui n'est pas conforme aux règles fixées par l'agence car trop élevé ; si la mission imagine que le rattachement par défaut d'une action de DPC à une seule orientation prioritaire peut simplifier le suivi et l'analyse de l'offre, elle s'interroge toutefois sur le bien-fondé de cette règle eu égard au seul véritable l'objectif qui est la préservation de la qualité des formations. La mission remarque en outre que des rattachements (raisonnablement) multiples peuvent faciliter la recherche d'actions par les professionnels de santé en fonction de leurs sujets d'intérêt²²⁶. L'encadré *infra* donne plusieurs exemples issus de l'échantillon consulté.

L'impossibilité de rattachement simultanée à une orientation nationale et à une orientation par professions ou spécialités, ou à deux orientations nationales : illustrations.

Il n'est pas possible de rattacher une action sur la santé sexuelle en pratique de ville, destinée aux médecins en dermatologie et vénéréologie, à la fois à l'orientation « 2. Promotion de la santé sexuelle » et à l'orientation « 75. Parcours de soins dans la prise en charge des dermatoses chroniques ».

Il n'est pas possible de rattacher une RMM de sage-femmes libérales à la fois à l'orientation « 7. Maîtrise des risques associés aux actes et aux parcours de soins » et à l'orientation « 8. Signalement et gestion des événements sanitaires indésirables ».

Il n'est pas possible de rattacher une RMM pluri-professionnelle ville-hôpital (« partons de nos erreurs et nos dysfonctionnements pour nous améliorer ») à la fois à l'orientation « 8. Signalement et gestion des événements sanitaires indésirables » et à l'orientation « 23. Appui à la construction et à la mise en œuvre de projets d'exercice coordonné ».

²²⁴ 2 pour les infirmiers, 2 pour les médecins, et une pour chacune des 7 professions suivantes : chirurgiens-dentistes, masseurs-kinésithérapeutes, opticiens-lunetiers, orthophonistes, pédicures-podologues, pharmaciens, sage-femmes.

²²⁵ Assistants dentaires, auxiliaires de puériculture, diététiciens, manipulateurs d'électroradiologie, orthopédistes-orthésistes, préparateurs en pharmacie, prothésistes, psychomotriciens, techniciens de laboratoire.

²²⁶ Le guide d'aide au dépôt des actions attire en effet l'attention des ODPC « sur le fait que les informations saisies (en dehors du déroulé pédagogique et du profil des concepteurs et intervenants) sont celles qui seront utilisées pour la recherche et la sélection de votre action par les professionnels ».

Il n'est pas possible de rattacher une action relative à la prise en charge du patient diabétique à l'officine à la fois à l'orientation « 5. Renforcement du repérage du risque cardio-vasculaire élevé et de diabète de type 2 » et à l'orientation « 9. Bon usage des médicaments ».

[780] De plus, certains rejets au titre des orientations prioritaires conduisent à aller sur des terrains qui dépassent un simple « contrôle de conformité ».

[781] Ainsi, dans un dossier consulté par la mission, les services de l'agence estiment qu'une action autour de l'apport du dialogue clinico-biologique en termes de dépistage, de diagnostic et de suivi thérapeutique des pathologies aiguës ou chroniques en hématologie ne se rattache pas à l'orientation « 12. Juste prescription des examens complémentaires ». L'organisme fera pourtant remarquer que « *la cytologie hématologique avec lecture de frottis sanguins est l'examen de première intention indispensable à la bonne orientation du patient atteint de pathologies hématologiques permettant ainsi d'éviter des examens de biologie médicale inutiles et par conséquent une juste prescription des examens complémentaires* » ; mais le dossier aboutissant à cette non-validation ne comporte aucune réponse de l'agence sur ce point.

[782] De même, dans le cas d'une action conçue pour les opticiens-lunetiers, l'agence se prévaut d'« une jurisprudence de la CSI qui n'intègre pas la presbytie dans le périmètre de cette orientation », [à savoir l'orientation « 234. Réfraction complexe »]. La Directrice générale de l'agence a d'ailleurs déclaré lors de la séance du Haut Conseil du DPC du 14/11/2019 qu'« en cas de doutes relatifs aux orientations, il arrive d'adresser des actions pour avis à une CSI ». Plus généralement, le rapport d'activité 2021 de l'agence indique 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 ».

[783] 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 (tels que le respect des orientations prioritaires et des méthodes HAS, cf. section 4.1 *infra*) semble d'ailleurs en témoigner.

[784] La mission rappelle en outre que la conception des actions de DPC représente un investissement pour les ODPC et que les fiches de cadrage des orientations devraient donc se suffire à elle-même, sans besoin de « jurisprudences » par les CSI au fil de l'eau, en cours de triennal, a fortiori si ces dernières ne font pas l'objet d'alertes diligentes auprès des ODPC.

[785] La mission a par ailleurs calculé le taux de rejet associé aux actions selon la nature des orientations prioritaires auxquelles elles se rattachent. Il apparaît que le taux de rejet est moindre pour les orientations par profession ou spécialité, davantage impulsées par les professionnels eux-mêmes (même si l'agence intervient auprès des CNP, notamment dans le souci de limiter le nombre d'orientations ou leur redondance avec celles au titre de la politique nationale ; cf. annexe 4). Ce constat indique que l'appropriation des orientations par les ODPC est de moindre qualité lorsqu'il s'agit des orientations de politique nationale. L'agence attribue cette situation au fait que certains ODPC visent à maximiser le public de ces actions davantage multiprofessionnelles, quitte à inclure dans la cible des professionnels non concernés par le contenu des actions.

Tableau 6 : Taux de rejet par type d'orientation prioritaire (2021)

	OP politique nationale de santé	OP dialogue conventionnel	OP par profession ou spécialité	autres	Total général
Nombre d'actions présentées	4510	30	3240	144	7924
Taux de rejet	34,9%	30,0%	26,8%	94,4%	32,7%

Source : ANDPC, calculs mission

Note de lecture : la colonne « autres » correspond aux actions se rattachant à 2 types d'orientations différentes. Les quelques actions acceptées sont, à une seule exception, des actions se rattachant à la fois à une orientation issue du dialogue conventionnel et à une orientation par profession ou spécialité

2.2.2 Le second motif de rejet, à savoir le non-respect des méthodes HAS, nécessite une expertise pédagogique spécialisée

[786] 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 ».

[787] Ce motif de rejet apparaît toutefois très concentré sur certaines méthodes HAS ; ainsi dans l'échantillon des 10 actions d'EPP rejetées, 2 l'ont été au titre d'un non-respect des critères applicables à la méthode « vignette clinique », qui avait d'ailleurs fait l'objet d'une « alerte » ad hoc aux ODPC, en date du 19 novembre 2020.

[788] Le tableau suivant illustre la grande variabilité des taux de rejet des actions selon la méthode HAS annoncée dans leur dossier de présentation (avec une totale absence de publication d'action pour certaines méthodes déjà quasiment absentes dans l'offre) :

Tableau 7 : Taux de rejet par méthode HAS (2021 – classement par taux décroissant)

méthode (+ modalité de formation pour FC)	nb d'actions présentées	taux de rejet	type d'action
revue de pertinence des soins	3	100,0%	EPP
chemin clinique	3	100,0%	EPP
réunion de revue bibliographique ou journal club	1	100,0%	FC
vignettes cliniques	413	69,0%	EPP
revue de mortalité et de morbidité	16	68,8%	GDR ou EPP
suivi d'indicateurs de qualité et de sécurité des soins	74	67,6%	EPP
gestion des risques en équipe	15	46,7%	GDR
staffs d'une équipe médico-soignante, groupes d'analyse des pratiques	95	44,2%	EPP
test de concordance de script	7	42,9%	EPP
simulation en santé	216	32,4%	FC ou GDR ou EPP
formation présentielle	4405	31,2%	FC
formation en ligne ou e-learning	1569	30,1%	FC
registre, observatoire, base de données	14	28,6%	EPP
audit clinique	441	24,7%	EPP
formation en ligne ou e-learning + formation présentielle	556	21,8%	FC
patient traceur	5	20,0%	EPP
réunion de concertation pluridisciplinaire	54	16,7%	EPP

Source : ANDPC, calculs mission

[789] 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 a été saisie par la FSM, avant que l'ANDPC n'envoie un nouveau mailing aux ODPC, évoquant notamment « la jurisprudence des CSI », bien que la mission se soit vue indiquer par la directrice générale que les personnels de l'Agence maîtrisent mieux les méthodes... que les membres des CSI.

[790] Au-delà de cet exemple des vignettes cliniques, l'échantillon de dossiers consultés a conduit la mission à noter que les équipes du pool se retrouvent dans la situation d'interroger des centres hospitaliers sur leur « règlement intérieur concernant les EPP »²²⁷ (éventualité effectivement évoquée dans le masque de saisie, même si elle n'est en revanche pas signalée dans le guide d'aide au dépôt) ; 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.

[791] On retrouve ici la logique déjà décrite à la section précédente à propos du contrôle du respect des orientations prioritaires, et ses écueils.

2.2.3 La composition du « pool » de professionnels de l'agence chargés du contrôle de conformité et son positionnement vis-à-vis des CSI illustre l'ambiguïté de son rôle

[792] A priori, le pool de professionnels de l'agence chargé de la publication des actions est responsable d'un « contrôle de conformité ». L'agence a toutefois jugé nécessaire que tous les agents du pool soient professionnels de santé, ce qui suggère un rôle dépassant l'application de règles administratives. Les propos de la Directrice générale de l'agence lors de l'AG du 16/03/2021 illustrent ce grand écart entre la nature du travail confié et les profils recrutés censés s'en acquitter : *« les agents doivent être de catégorie A de très bon niveau – des cadres de santé, des kinés, etc. – mais en réalité, (...) l'agence a (...) du mal à fidéliser les collaborateurs car, au bout d'un moment, ils instruisent des actions à la chaîne et ils n'en peuvent plus ».*

[793] La directrice générale de l'agence indiquait d'ailleurs lors de la séance du 10/04/2019 du Haut Conseil du DPC que « pour les DU, DIU et congrès, il est prévu d'initier un travail avec les CSI, avant publication, afin qu'il ne s'agisse pas d'un strict contrôle administratif ». Elle a par ailleurs indiqué à la mission que les membres du pool sont des experts de l'évaluation pédagogique, s'étant à l'inverse interrogée sur le fait que les membres de CSI soient des experts scientifiques et pédagogiques, avec parfois une logique de représentation que d'expertise. Ceci ne peut que renforcer la mission dans sa conviction quant à l'ambiguïté de positionnement du pôle dans la régulation de la qualité.

[794] Lors de la séance du HCDPC 14/11/2019, c'est ainsi le président du Haut Conseil lui-même qui - peu avant sa démission - soulignait qu'« une crainte de prise de pouvoir administratif sur la partie scientifique et pédagogique a été rapportée par des représentants d'ODPC et des CSI »

²²⁷ Action n°20712100004

avant d'ajouter qu' « il aurait été souhaitable que ce soient les CSI qui soient renforcées dans leur action ».

[795] Ce grief a été formulé par divers ODPC rencontrés par la mission. Ainsi, un institut de formation associatif a signalé à la mission avoir été surpris que l'ANDPC considère, lors du contrôle de conformité, que la douleur ne concerne pas les orthophonistes. Le problème pointé ici n'est pas qu'il puisse y avoir des erreurs alors que l'agence contrôle des milliers d'actions, mais que les membres du pool aillent sur un terrain qui n'est pas forcément du registre du contrôle de conformité.

[796] S'agissant des CNP, la FSM a de son côté déclaré à la mission qu'elle estime qu'il existe un « filtre scientifique » au niveau du contrôle de conformité de l'agence, et que « l'agence se mêle d'aspects scientifiques » notamment via les méthodes pédagogiques. On peut à cet égard noter que le premier critère de la certification Qualiopi, relatif à l'information au public, implique l'inventorisation de l'ensemble des informations destinées à présenter l'offre de formation, dont le déroulé pédagogique (pour autant, il reste légitime que l'agence demande le déroulé même en cas d'organisme certifié Qualiopi, la certification étant relative à la forme et non au fond). Par ailleurs, le second critère de cette certification, relatif à l'objectif et à l'adaptation des prestations, implique une formulation d'objectifs et une double évaluation des compétences en entrée et en sortie de formation.

3 Un dispositif d'achat d'action par appels à projets ou appels d'offres, alternatif au « guichet », qui a échoué

3.1 Le dispositif visait à permettre à l'agence de prendre l'initiative pour orienter l'offre vers les besoins prioritaires de santé

[797] L'action 2.5.1. du COP 2018-2020 demandait à l'agence de lancer, à la demande du ministre chargé de la santé, des marchés de prestations de développement professionnel continu, correspondant aux orientations prioritaires de DPC ou pour répondre à des besoins urgents de santé publique. Cette action mettait en œuvre les dispositions de l'article R. 4021-20 du code de la santé publique prévoyant qu'« à la demande du ministre chargé de la santé, l'Agence nationale du développement professionnel continu passe tout marché de prestations de développement professionnel continu, correspondant aux orientations prioritaires de développement professionnel continu mentionnées au 2° [orientations de la politiques de santé] et au 3° [orientations issues du dialogue conventionnel] de l'article L. 4021-2 ou pour répondre à des besoins urgents de santé publique ».

[798] L'objectif de cette action était d'utiliser le levier de la commande publique pour orienter l'offre vers les besoins jugés prioritaires pour la mise en œuvre de la politique de santé, garantir sa qualité par une définition précise des attendus des actions dans les dossiers de consultation (cahiers des clauses techniques particulières (CCTP) notamment) et réguler la dépense par la mise en concurrence des ODPC et la fixation d'un prix par séance et non par participant. Postérieurement à la signature du COP, la Cour des comptes, dans son relevé d'observations définitives de mars 2019 sur l'ANDPC, avait formulé la recommandation de privilégier le recours aux appels d'offres pour la mise en œuvre des orientations prioritaires du DPC et d'y réserver

l'essentiel des moyens consacrés au DPC, avec l'objectif de « *ne retenir que les formations s'inscrivant dans les priorités et présentant le meilleur rapport coût / efficacité* » (recommandation n°7).

[799] Le recours à une procédure de marché présente toutefois une difficulté majeure dans le cadre du DPC financé par l'agence. En effet, si l'ANDPC est bien le payeur et donc le pouvoir adjudicateur, et adresse en conséquence les bons de commande au titulaire, la réalisation effective des sessions dépend du libre choix des professionnels de s'inscrire ou non aux actions sélectionnées²²⁸. Pour cette raison, les marchés passés par l'agence n'ont pas fixé de montant minimum de commandes, cette absence de garantie pouvant réduire l'attrait des appels d'offres. En outre, les actions sélectionnées ne peuvent pas être ouvertes aux professionnels salariés puisque l'agence ne finance pas leur DPC : il faudrait pour cela que le marché soit organisé dans le cadre d'un groupement de commandes avec les financeurs des salariés (par exemple l'ANFH, dans le cadre d'actions nationales, pour les salariés des établissements publics de santé et des établissements publics médico-sociaux), option qui a été envisagée pour l'un des appels d'offres mais qui n'a pas abouti.

[800] En outre, l'articulation des procédures de guichet avec les procédures de marché soulève des difficultés pour les actions portant sur les mêmes thématiques. L'ANDPC a considéré que l'attribution des marchés donnait l'exclusivité des actions sélectionnées aux titulaires des marchés et en a tiré la conséquence qu'elle devait déréférencer les actions déjà publiés portant sur les thèmes couverts par les marchés, ce qui est contestable pour plusieurs raisons :

- les CCAP et règlements de consultations des marchés ne contenaient pas d'engagement en ce sens de la part de l'agence, et, quand bien même une telle clause aurait été inscrite, elle ne pouvait pas être opposable à des tiers au contrat ;
- les textes réglementaires ne mentionnent pas la possibilité de déréférencer une action régulièrement publiée pour ce motif, le seul motif indiqué étant l'évaluation défavorable par une CSI (article R. 4021-25 du CSP) ; l'article R. 4021-20 précité qui prévoit la possibilité pour l'ANDPC de passer des marchés ne prévoit pas le déréférencement des actions entrant dans le champ de ces marchés ;
- le fait qu'une action porte sur un thème identique ne suffit pas à dire qu'il s'agit de la même action que celle sélectionnée par appel d'offres puisque les actions peuvent se différencier par d'autres caractéristiques (publics visés, méthode appliquée, modalités de l'action, déroulé pédagogique, etc.) comme en attestent les obligations de dépôt de nouvelles actions en cas de modifications de l'une au moins de ces caractéristiques.

3.2 Les procédures lancées n'ont suscité que de rares réponses, de qualité moyenne

[801] L'agence a lancé successivement, à partir de 2019, quatre procédures de mise en concurrence des ODPC, qui n'ont suscité que peu de réponses (cf. annexe 1).

²²⁸ Aux termes des documents des marchés passés par l'ANDPC, les candidats doivent fixer dans leur offre un nombre minimal de participants par session. Au cas où ce nombre n'est pas atteint, la session ne peut pas être facturée.

[802] La première était un appel à projets (AAP), procédure qui consistait à sélectionner, sur la base d'un cahier des charges, des ODPC intéressés par la thématique de l'accompagnement des professionnels dans le déploiement de l'exercice coordonné. Les organismes devaient déposer un dossier de candidature et un projet d'action comportant les mêmes informations et documents que les actions déposées au guichet. Sur 81 dossiers de candidature, 38 dossiers ont été retenus après examen du dossier administratif et 10 après évaluation des projets d'action (8 en 2019 et deux de plus en 2020). 12 actions déposées par les 10 ODPC sélectionnés ont été publiées dans ce cadre.

[803] L'ANDPC a ensuite lancé 3 appels d'offres (AO) dans le cadre du code de la commande publique, qui ont rencontré moins de succès :

- Un AO pour l'achat d'« actions de DPC sur le repérage et l'évaluation des troubles cognitifs en médecine générale » a été lancé en 2020 sous forme d'accord-cadre multi-attributaires à un seul lot, en procédure adaptée. 9 organismes ont déposé une offre, mais 4 ont été éliminés pour différents motifs²²⁹. Les 5 autres ont vu leur offre classée irrégulière (pièces manquantes) mais ont été invités à la compléter ce que 4 d'entre eux ont fait. 3 de ces 4 candidats classés ont néanmoins obtenu une note éliminatoire sur un ou deux des sous critères relatifs à la qualité de l'offre, si bien que le marché a été attribué au seul candidat restant et notifié en janvier 2021 pour 3 ans.
- Un AO pour l'achat d'« actions de DPC sur le repérage et la prise en charge précoces des enfants de 0 à 7 ans présentant un trouble du neuro développement (TND) » été lancé en avril 2021 sous forme d'accord-cadre multi-attributaires avec deux lots : 1/repérage et orientation précoces d'un enfant de 0 à 7 ans présentant un risque de TND dont les troubles du spectre de l'autisme (TSA) par les médecins généralistes et pédiatres. 2/ coordination du parcours diagnostic, diagnostic et coordination de la prise en charge des enfants présentant un TND dont les TSA par les médecins généralistes et pédiatres déjà formés ou déjà référents sur un territoire :
 - pour le lot 1, 9 candidats ont déposé une offre, mais 3 d'entre eux ont été éliminés pour offres irrégulières. Sur les 6 offres examinées, 4 ont été écartées pour note éliminatoire sur un critère de qualité ou pour note globale de valeur technique inférieure au seuil fixé par le règlement de consultation. Le lot a donc été attribué aux deux prestataires restants mais l'un des deux a renoncé au marché suite à une erreur de sa part sur les prix, ce qui a conduit l'agence à résilier l'attribution du lot 1, l'autre prestataire n'ayant pas la capacité d'assurer la totalité des prestations. Un nouvel AO a été lancé en août 2022 pour un accord-cadre, mais la procédure n'a pas été menée à son terme ;
 - pour le lot 2, 4 candidats ont déposé une offre, mais 3 d'entre eux ont été éliminés pour offres irrégulières et le marché a donc été attribué au seul prestataire restant.
- Un AO pour l'achat d'« actions de DPC pour la maîtrise de l'antibiorésistance » a été lancé début 2022, avec retard (du fait du projet, finalement abandonné, de groupement d'achat avec l'ANFH et l'OPCO santé), et comportait 6 lots définis par profession (médecins de ville,

²²⁹ Un sur un critère éliminatoire, un pour offre irrégulière, un pour une offre inappropriée, dont l'une était en réalité une offre anormalement basse.

médecins spécialistes en chirurgie et en médecine interventionnelle, sage-femmes, chirurgiens-dentistes, pharmaciens titulaires d'officine, biologistes médicaux), sous forme d'accords-cadres mono ou multi-attributaires (selon le lot). Les candidats ayant déposé des offres (8 sur le lot 1 ; 1 - le même - sur chacun des lots 2,3 et 4 ; 2 sur le lot 5 et 4 sur le lot 6) ont tous été soit écartés pour offres irrégulières, soit éliminés pour notes insuffisantes sur certains des critères de valeur technique des offres ou pour une note globale de valeur technique inférieure au seuil exigé.

[804] Le faible nombre de candidature par rapport aux quelques 2600 ODPC enregistrés interpelle. On peut mentionner plusieurs facteurs explicatifs :

- l'absence de garantie sur un minimum de commandes de l'agence, dans un système où les professionnels n'ont aucune obligation de s'inscrire aux actions sélectionnées ;
- la charge entraînée par l'élaboration de l'offre, analogue à celle requise pour le dépôt d'une action au guichet, mais sans garantie qu'elle soit retenue puisque d'autres offres peuvent être jugées meilleures, alors qu'au guichet, les actions peuvent être validées même si elles sont identiques à d'autres ;
- la relative lourdeur des procédures de marché nécessitant de compléter avec rigueur un dossier administratif et financier, avec un risque d'élimination en cas d'erreur de remplissage, pouvant être dissuasif pour des organismes peu familiers de ces procédures.

[805] Le nombre élevé des éliminations pour offres irrégulières témoigne de cette difficulté des ODPC à s'inscrire dans de telles procédures de marchés et a abouti, dans le cadre de l'AO sur les troubles du neuro développement, à attribuer le marché au seul candidat ayant rempli correctement son dossier et présenté une offre respectant le CCTP²³⁰.

[806] Par ailleurs, la procédure ne semble pas suffire à garantir la qualité de l'offre. Certains candidats se sont contentés de reprendre les attendus très précis du CCTP dans leur offre, en les développant sommairement, et le jeu des éliminations pour offres irrégulières peut aboutir à une faible concurrence sur certains lots. L'agence estime ainsi que les offres remises sur l'AO antibiorésistance étaient de qualité médiocre, avec des programmes « légers et peu ciblés »²³¹.

3.3 Les professionnels ont été très peu nombreux à s'inscrire aux actions sélectionnées, justifiant l'abandon de ce mode de régulation de l'offre

[807] La participation des professionnels aux actions sélectionnées a été très décevante :

- les 12 actions de DPC interprofessionnel en appui de l'exercice coordonné ont réuni 74 professionnels en 2020 et 101 en 2021 ; en 2022, 105 professionnels se sont inscrits ;
- 116 professionnels ont participé en 2021 aux actions de repérage et d'évaluation des troubles cognitifs en médecine générale mais seulement une dizaine en 2022 ;

²³⁰ Le candidat a obtenu une note technique satisfaisante sur ce lot mais a été éliminé sur l'autre lot pour une note technique insuffisante.

²³¹ Propos de la directrice générale à l'AG du 24 novembre 2022.

- les chiffres d'inscriptions aux actions du lot 2 du marché sur les TND pour 2022 ne sont pas encore connus.

[808] Parmi les facteurs explicatifs, l'agence évoque des mots d'ordre des organisations professionnelles opposées au recours à ces procédures de mise en concurrence. Mais le faible intérêt des professionnels signifie également que les thématiques retenues correspondant aux orientations nationales ne correspondent pas forcément à leurs priorités. Ainsi, le repérage précoce des troubles neurocognitifs ne semble pas répondre à un besoin prioritaire des médecins généralistes, peut-être du fait de l'absence de solutions thérapeutiques pour les malades détectés ; par ailleurs, dans ce cas la durée de l'action -21 heures soit l'équivalent du droit de tirage annuel des médecins²³²- a pu apparaître trop longue.

[809] Ce constat négatif au regard de la charge de travail exigée par l'écriture des cahiers des charges - élaborés en réunissant des commissions associant les administrations centrales et des experts des domaines concernés – mais aussi la conduite des procédures, a amené l'agence à proposer l'abandon des appels d'offres lors de l'AG du 24 novembre 2022. L'AG l'a suivie et a décidé « *d'arrêter à ce stade la montée en charge des appels d'offres et de négocier l'arrêt des deux appels d'offres notifiés pour motif d'intérêt général* ».

4 Une évaluation scientifique et pédagogique par les CSI dont l'efficience et l'efficacité sont à renforcer

4.1 De nombreux avis défavorables ont trait à l'incomplétude des dossiers ou à des points pouvant relever du contrôle de conformité

4.1.1 La proportion de dossiers trop incomplets pour évaluer la qualité scientifique et pédagogique des actions suggère des marges d'optimisation du processus de régulation

[810] La mission constate que sur la centaine de dossiers d'évaluations de CSI pour 2021 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...) ».

²³² Même si l'action, financée « hors quota » ne s'imputait pas sur ce droit de tirage.

Les éléments à fournir postérieurement à la publication de l'action

Après la fourniture de premiers éléments dans le cadre du dossier de dépôt de l'action (parfois dénommé « volet 1 »), l'ODPC doit ensuite être en mesure de fournir des éléments complémentaires en cas d'évaluation de l'action par la CSI compétente – éléments qu'il peut entreposer sur le site de l'agence dès la publication de l'action. Ces éléments constitutifs d'un « volet 2 » comprennent notamment les supports pédagogiques, la bibliographie, et les CV et déclarations d'intérêt des intervenants s'ils n'ont pas déjà été fournis dans le cadre du volet 1.

[811] Dans ces cas de dossiers incomplets, 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'intérêt des intervenants.

[812] Or cette liste d'éléments lacunaires comporte à la fois :

- de nombreux éléments du volet 1 (justificatif de la méthode et du format, modalités d'évaluation, voire CV et déclarations d'intérêt des intervenants), pourtant déjà soumis au contrôle de conformité en amont de la publication des actions.
- des éléments du volet 2 du dossier, qui n'est pas soumis au contrôle de conformité, mais que les ODPC peuvent néanmoins renseigner « à tout moment, dès la publication de l'action »²³³ et qui doit être communiqué sous un « délai maximal de 15 jours francs »²³⁴ suivant l'annonce de l'échantillonnage de l'action : il s'agit en l'occurrence de la bibliographie et des supports pédagogiques, seul le « déroulé pédagogique »²³⁵ étant réclamé en volet 1 ;

[813] L'insuffisance, mais plus encore l'absence de documents relevant du volet 1 interroge sur l'opérationnalité du contrôle de conformité effectué en amont : ainsi, dans 6 dossiers échantillonnés, l'avis indique une absence de justificatif de la méthode et du format. De telles lacunes sont d'autant plus étonnantes qu'un simple contrôle automatique pourrait suffire à leur détection, les ODPC se plaignant même de ne pouvoir sauvegarder les dossiers qu'ils enregistrent que lorsque toutes les rubriques ont été renseignées. 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.

[814] Dans le cas du volet 2, la fréquence des lacunes pose cette fois la question de la mise en place de procédures ad hoc qui permettraient :

- d'émettre, à intervalles réguliers suite à la publication de l'action, des alertes automatiques à destination des organismes qui n'ont pas renseigné ce volet complémentaire : en effet, les ODPC pour lesquels le dépôt des actions reste une activité très périphérique (par exemple,

²³³ Source : guide d'aide au dépôt des actions. Le guide n'est toutefois pas très clair en indiquant que ce volet est « facultatif lors du dépôt de l'action », ce qui suggère qu'il pourrait être renseigné en amont même du contrôle de conformité.

²³⁴ Source : guide d'aide au dépôt des actions

²³⁵ Comme déjà signalé *supra*, l'agence substitue à ce terme celui de « fiche de description » dans le cas des actions d'EPP et de GDR.

les établissements hospitaliers ou médico-sociaux ou les structures de formation mises en place par des groupes privés) peuvent facilement oublier de revenir au dossier lorsqu'ils mettent en place une session, éventuellement assez longtemps après la publication de l'action ;

- d'automatiser l'édition d'avis défavorables dès lors que le volet 2 reste lacunaire après une certaine durée maximale à déterminer²³⁶ (assortie d'une dernière relance), ce qui éviterait de consacrer du temps de CSI déjà engorgées (cf. sections 3.2 et 3.3 *infra*) à l'étude de dossiers « qui ne permettent pas de s'assurer la qualité scientifique et pédagogique de l'action », selon une formule fréquemment lue dans les dossiers échantillonnés. En effet, si au-delà de quelques mois le volet 2 n'est pas renseigné malgré plusieurs relances, c'est soit que l'action a été mise en place sans que l'ODPC ait accepté de partager avec l'agence les documents pédagogiques, soit que l'action n'a pas trouvé son public.

[815] La mission perçoit aussi, dans une moindre mesure, un enjeu de clarification des attendus dans le cadre du volet 2 ; en effet, le guide d'aide au dépôt des actions évoque par endroits des « extraits pertinents de supports pédagogiques joints au volet 2 », ce qui introduit une certaine confusion. Ainsi, dans un dossier échantillonné par la mission l'ODPC, qui se voit indiquer que « les quelques diapos fournies ne permettent pas suffisamment d'apprécier l'ensemble du contenu scientifique de l'action... », a fait remarquer : « nous avons suivi les consignes de l'ANDPC qui imposent seulement la production d'un extrait du support pédagogique. Néanmoins, nous vous transmettons des documents complémentaires qui vous permettront de mieux apprécier le contenu », suite à quoi l'action a d'ailleurs été évaluée favorablement. L'agence a indiqué à la mission que les CSI « ont du mal entre le fait de demander l'exhaustivité des documents et le fait de ne demander que des extraits probants », mais la nature des documents à demander relève de l'annexe II de l'arrêté du 14 septembre 2016 évoqué en section 1.1.1, et donc de l'agence à qui il revient d'appliquer ou de faire appliquer les textes régissant le DPC et les procédures afférentes.

4.1.2 Le nombre de refus, notamment au titre des orientations prioritaires et des méthodes HAS, interroge le chaînage entre contrôle de conformité et évaluation par les CSI.

[816] La mission constate 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 :

- dans plusieurs cas, les avis défavorables sont liés à des enjeux de non-respect des orientations prioritaires présentés comme assez flagrants y compris du fait des objectifs

²³⁶ Idéalement, c'est la déclaration d'une première session qui devrait conditionner le lancement de la procédure, mais l'agence n'a en pratique connaissance que des sessions s'adressant à des professionnels qu'elle finance. Ainsi, le masque de saisie des actions précise « *dès lors que votre action est uniquement destinée à des salariés (hors ceux en centres de santé conventionnés) et que vous avez donc sélectionné le ou les seul(s) mode(s) d'exercice suivant(s) : Autre salarié et/ou Salariés des établissements de santé et/ou des établissements médico-sociaux, l'inscription des participants se fera directement auprès de vous, sans passer par le site de l'Agence. C'est la raison pour laquelle il ne vous sera pas proposé la création de session une fois l'action publiée* ».

poursuivis par l'action (cf. encadré ci-après), ce qui pose alors question sur la qualité du contrôle de conformité à cet égard ;

- dans d'autres cas, le rejet des actions au titre des orientations prioritaires relève effectivement davantage de considérations scientifiques et pédagogiques, mais la récurrence de telles situations interroge du même coup sur la capacité de vérifier la conformité aux orientations prioritaires du DPC dans le cadre du processus de contrôle de conformité en amont.

[817] 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 ; 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 ».

[818] S'agissant du respect des orientations prioritaires, la mission note en outre que même dans les cas présentés comme plus évidents, au stade de la notification l'avis de l'agence diverge fréquemment de celui des CSI (dans 3 cas sur les 4 présentés dans l'encadré ci-après, les CSI ont émis des avis favorables, bien qu'assortis de réserves ou recommandations). En pareil cas, l'avis de l'agence déjuge alors aussi bien les CSI que l'acceptation de l'action par ses propres équipes au stade du contrôle de conformité ; on mesure ainsi l'ambition qui consiste à attendre des ODPC qu'ils se forment une opinion plus éclairée que le pool de professionnels de l'agence et les membres de CSI eux-mêmes.

Quelques exemples de non-conformités aux orientations prioritaires présentées comme évidentes

« L'évaluation d'un programme d'ETP n'entre pas dans le champ de l'OP 33. "Maîtrise des fondamentaux de l'éducation thérapeutique du patient", ni dans aucune des orientations nationales publiées dans l'arrêté du 31 juillet 2019 »

« Les trois objectifs annoncés (être capable 1. d'énoncer les aspects réglementaires concernant l'information des patients, à l'hôpital comme en activité extrahospitalière, 2. d'énoncer les principes de communication de base indispensables à la gestion de l'information en santé et 3. d'annoncer correctement un événement indésirable associé aux soins à un patient et à son entourage si besoin) ne relèvent pas du périmètre des orientations de DPC définies par l'arrêté du 31/07/2019 modifié ». *NDLR : orientation sélectionnée par l'ODPC « 7. Maîtrise des risques associés aux actes et aux parcours de soin »*

« Au regard des objectifs poursuivis et du contenu présenté, l'action [*NDLR : relative au diagnostic d'une lymphocytose*], malgré sa qualité et sa pertinence, n'entre dans le périmètre d'aucune des OP de DPC définies par arrêté du 31/07/2019 modifié » *NDLR : orientation sélectionnée par l'ODPC « 12. Juste prescription des examens complémentaires »*.

« Au regard des objectifs annoncés et du contenu, l'action est centrée, non pas sur la promotion même de comportements favorables à la santé, mais sur la conduite de projets visant à développer des actions de prévention ("identifier l'existant en matière de prévention", "identifier et solliciter les personnes et réseaux ressources en fonction des projets", "élaborer des outils de déploiement d'un projet"). Telle que construite, l'action n'entre dès lors pas dans le périmètre de l'orientation sélectionnée [NDLR : 1. Promotion des comportements favorables à la santé, incluant l'alimentation saine et l'activité physique régulière], ni dans celui d'aucune des autres OP de DPC définies par l'arrêté du 31/07/2019 modifié »

[819] De façon plus générale, c'est l'importance du taux global des avis défavorables rendus par les CSI qui interroge ; elle montre en effet que malgré la présence du premier filtre de la régulation que constitue le contrôle de conformité, la faiblesse du taux d'évaluation par les CSI et son caractère tardif permettent à de nombreuses actions insatisfaisantes de s'inscrire dans la durée. Le tableau suivant indique ainsi, dans le cas de l'année 2021 et en se limitant aux cas dans lesquels l'agence a suivi l'avis des CSI, 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.

[820] De plus, on a dans le paragraphe précédent exclu les cas de divergence entre CSI et agence. Or, dans les cas – restant très minoritaires - où la position de l'agence diverge de celle des CSI, le tableau suivant établit que l'agence émet le plus souvent un avis défavorable, qu'il s'agisse des premiers avis (61 cas sur 98) ou des seconds avis (25 cas sur 29), alors même que les actions en cause avaient été validées par ses services en contrôle de conformité. Ceci indique que l'ANDPC n'hésite pas à s'exposer juridiquement vis-à-vis des ODPC, utilisant de manière extensive les prérogatives de décision en dernier ressort que lui confère l'article R. 4021-25 du CSP qui dispose que l'évaluation scientifique et pédagogique s'effectue « sous la responsabilité de l'Agence ». La mission note toutefois qu'à rebours d'un tel schéma, certaines CSI ont demandé à être consultées concernant les refus émis par les services de l'agence au stade amont du contrôle de conformité.

Tableau 8 : Comparaison des premiers et seconds avis des CSI avec les avis notifiés – exercice 2021, par CSI

PREMIERS AVIS									
décision CSI	décision agence	nb	CSI biologist	CSI dentiste	CSI interpre	CSI médecin	CSI paramed	CSI pharma	CSI sages-f
favorable	favorable	188		30	38	32	39	6	43
favorable avec reco	favorable avec reco	200	5	11	57	27	62	22	16
favorable sous réserve	favorable sous réserve	8		1		3	1	3	
défavorable	défavorable	642	4	54	152	135	202	58	37
sous-total avis identiques		1038	9	96	247	197	304	89	96
% avis identiques		79,60%	81,82%	79,34%	77,43%	73,78%	81,94%	91,75%	81,36%
défavorable avec signalemt	défavorable	2					2		
favorable sous réserve	favorable avec reco	9			3		5	1	
défavorable sous réserve	favorable	57		9	21	7	16	1	3
favorable avec reco	favorable	82	2	9	15	28	17	1	10
défavorable	favorable avec reco	13				5	6	2	
sous-total divergences mineures		163	2	18	39	40	46	5	13
% écarts mineurs		12,50%	18,18%	14,88%	12,23%	14,98%	12,40%	5,15%	11,02%
défavorable	favorable sous réserve	1					1		
défavorable	favorable avec reco	16		3	6	2	3		2
défavorable	favorable	20		2	6	4	5	1	2
sous-total avis de l'agence plus clément		37	0	5	12	6	9	1	4
favorable sous réserve	défavorable	7			3	3	1		
favorable avec reco	défavorable	30		1	7	12	7	1	2
défavorable	défavorable	24			10	9	3	1	1
sous-total avis de l'agence moins clément		61	0	1	20	24	11	2	3
% écarts larges		7,52%	0,00%	4,96%	10,03%	11,24%	5,39%	3,09%	5,93%
défavorable	valeur manquante	3			1		1		1
valeur manquante	valeur manquante	2		1					1
total général		1304	11	121	319	267	371	97	118

SECONDS AVIS									
<i>dans ce second tableau, les cellules en jaune indiquent la présence de cas de double écart agence/CSI (en 1er puis en 2nd avis)</i>									
décision CSI	décision agence	nb	CSI biologist	CSI dentiste	CSI interpre	CSI médecin	CSI paramed	CSI pharma	CSI sages-f
favorable	favorable	65		9	9	20	25	1	1
favorable avec reco	favorable avec reco	12		3	1	5	3		
favorable sous réserve	favorable sous réserve	6		6					
défavorable	défavorable	118		16	15	21	51	5	10
sous-total avis identiques		201	0	34	25	46	79	6	11
% avis identiques		75,28%		97,14%	58,14%	71,88%	81,44%	42,86%	78,57%
favorable sous réserve	favorable avec reco	1			1				
favorable sous réserve	favorable	22		1	11	4	5	1	
favorable avec reco	favorable	13			2	4	5	2	
favorable avec reco	favorable sous réserve	1				1			
sous-total divergences mineures		37	0	1	14	9	10	3	0
% écarts mineurs		13,86%		2,86%	32,56%	14,06%	10,31%	21,43%	0,00%
défavorable	favorable avec reco	2						1	1
défavorable	favorable	2				1			
sous-total avis de l'agence plus clément		4	0	0	0	1	1	1	1
favorable sous réserve	défavorable	5			1	1	2	1	
favorable avec reco	défavorable	4					1	3	
défavorable	défavorable	16			3	7	4		2
sous-total avis de l'agence moins clément		25	0	0	4	8	7	4	2
% écarts larges		10,86%		0,00%	9,30%	14,06%	8,25%	35,71%	21,43%
total général		267	0	35	43	64	97	14	14

Source : ANDPC, calculs mission

[821] La mission note enfin qu'un certain nombre d'évaluations en CSI (7 dans son échantillon) conduisent à restreindre le public cible par rapport à celui retenu à la publication de l'action. Or, le guide d'aide au dépôt des actions précise que « pour le calcul du nombre de participants, ne doivent être pris en compte que les professionnels de santé dont les professions/spécialités sont mentionnées lors du dépôt de l'action » ; il en résulte des risques d'incohérence puisque le calcul

du nombre de participants (qui doit satisfaire à une valeur plancher de 5 personnes) se fonde alors a priori sur un public qui n'est plus le bon.

[822] 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* »²³⁷.

4.2 Le processus d'évaluation est fragilisé par les différentiels de charge de travail entre CSI

4.2.1 Les fortes différences de probabilités d'évaluation entre CSI, publiquement connues, suscitent des comportements d'optimisation par les ODPC

[823] Au sein des CSI, l'étude d'une formation est réalisée par un binôme composé d'un praticien expert spécialisé dans la formation proposée et d'un praticien non spécialisé. Cette association est destinée à conjuguer d'une part une vision très scientifique de la formation, d'autre part une vision pédagogique. Le binôme échange ensuite sur ses conclusions avec l'ensemble des membres de la CSI en réunion plénière²³⁸, après s'être réuni avec la personne référente des services de l'agence au plus tard 5 jours avant (en vue de l'envoi des avis). Mais ce processus de régulation de la qualité qui semble qualitativement vertueux se heurte toutefois à des défis quantitatifs.

[824] Le tableau suivant illustre en effet :

- un taux d'évaluation par les CSI globalement faible, en dessous de 10 % et donc bien éloigné des 20 % encore récemment mis en avant²³⁹ - sachant que les indicateurs pour 2022 ne montrent aucune hausse du nombre d'évaluations ;
- mais surtout un taux d'évaluation très hétérogène selon les commissions.

[825] Cette hétérogénéité reflète :

- en premier lieu, un grand déséquilibre de la charge selon les CSI, avec l'incapacité à absorber des flux de plusieurs milliers d'actions pour les 3 commissions des médecins, des professions paramédicales et des sage-femmes ;
- mais aussi des différences de productivité d'une CSI à l'autre, par exemple la CSI des sage-femmes a évalué plus d'actions que celle des pharmaciens alors que le nombre d'actions monoprofessionnelles est trois fois plus important dans le cas des pharmaciens.

²³⁷ Fédération *Connexion Santé*, document intitulé « réunion du 22 février 2023 ».

²³⁸ C'est le même binôme qui est ressaisi si l'ODPC fait valoir des observations face à un premier avis défavorable.

²³⁹ Voir notamment l'article coécrit²³⁹ par l'ANDPC et l'*Accreditation Council for Continuing Medical Education* (ACCME américaine), pourtant daté de 2022.

Comment calculer le taux d'évaluation des actions par les CSI ?

Comme déjà exposé en section 2.1.1 à propos du calcul du taux de rejet en contrôle de conformité, certaines actions sont reconduites d'une année sur l'autre. S'il y a lieu de décompter de telles actions du dénominateur du taux de rejet (puisque la conformité de ces actions a déjà été validée) en revanche il convient de les prendre en compte au dénominateur du taux d'évaluation aussi longtemps qu'elles n'ont pas été évaluées en CSI, c'est-à-dire le plus souvent aussi durant leurs années de reconduction. En pratique, en 2021, les 16918 actions publiées au moins une fois n'incluaient que 466 actions reconduites déjà évaluées en CSI en 2020. Il convient donc de rapporter les 1299 évaluations effectuées en 2021 à un dénominateur de : $16918 - 466 = 16452$ actions qui étaient potentiellement évaluables, ce qui aboutit à un taux d'évaluation de 7,9 %. Ce résultat est cohérent avec celui d'une évaluation biannuelle sur la période 2020-2021, puisqu'il convient alors de rapporter 2832 évaluations par les CSI ($1533+1299$) à 17454 actions publiées ($12118+5336$ hors reconductions), soit un taux d'évaluation biannuel de 16,2 % suggérant une moyenne annuelle de 8,1 %.

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%
Total général	16451	1299	7,9%

Source : ANDPC, calculs mission

Note de lecture : le total des actions publiées au moins une fois est égal à 16451 et non 16452 comme le suggérait l'encadré ci-dessus, car l'une des actions concernées (supprimée par l'organisme lui-même) n'était associée à aucune profession ; la CSI des médecins n'apparaît pas dans le tableau car sa création est trop récente.

[826] 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. L'Ordre national des sage-femmes a soulevé ce sujet dans ses échanges avec la mission, ce qui fait écho au fort taux d'évaluation par la CSI éponyme.

[827] Le CNP des infirmiers a quant à lui relevé comme point d'insatisfaction, dans sa contribution écrite à la mission, l'écart entre « % de dossiers soumis à évaluation versus % de dossiers reçus ».

4.2.2 Les modalités d'échantillonnage actuelles, assez frustes, ne sont pas à même de faire contrepoids aux différentiels de capacité d'absorption

[828] Les difficultés d'absorption manifestes de certaines CSI pourraient a priori être au moins partiellement contrebalancées par un ciblage assez sophistiqué des actions qui leur sont soumises.

[829] Or, l'agence a indiqué à la mission que « l'échantillonnage est réalisé par le logiciel informatique CAP 13 » et que « le logiciel sort alors une liste aléatoire d'actions ». Certes, au-delà de cette sélection aléatoire, l'agence a précisé à la mission que le logiciel CAP 13 donne la possibilité de soumettre une action aux CSI dès lors qu'elle est publiée, et que cette possibilité est utilisée « surtout au niveau du Pool (contrôle de conformité) quand aucun élément ne nous permet de ne pas valider l'action, mais qu'un sérieux doute subsiste sur le plan pédagogique ou scientifique ». Ces actions, dites « fléchées », sont évaluées en CSI, leur nombre étant gagé sur celui des actions à évaluer au titre du tirage aléatoire évoqué ci-dessus (« un nombre un peu plus faible est renseigné dans le logiciel »). Mais cet échantillonnage non aléatoire « ne représente que très peu d'actions ».

[830] Ce sont les équipes de l'Agence – chargés de mission et assistants de CSI – qui lancent le programme. L'attribution de l'action à évaluer au binôme évaluateur est réalisée par le chargé de mission et l'assistant de CSI sur la base du sujet/contenu de l'action et du profil des membres.

[831] Ainsi, ce mode de fonctionnement semble confirmer les propos de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes, qui a déclaré à la mission que l'échantillonnage des actions est à la main de l'agence, et que la CSI n'a pas son mot à dire sur le choix des actions examinées.

4.2.3 La non-réunion des « sous-sections » créées en miroir à l'organisation institutionnelle des professions de santé plaide pour la création de nouvelles commissions

[832] La convention constitutive du GIP ANDPC structure en sous-sections deux des trois CSI²⁴⁰ compétentes pour un nombre très important d'actions (médecins et professions paramédicales). Ces sous-sections apparaissent effectivement comme autant de leviers pour remédier aux difficultés d'absorption de la charge par les CSI concernées. Il est toutefois apparu, au fil des échanges avec l'agence comme avec les CNP, que les sous-sections ne se réunissent pas de façon ad hoc, et qu'elles servent juste de viviers pour identifier des binômes d'évaluation suffisamment spécialisés, binômes dont les avis ne s'imposent d'ailleurs pas aux CSI.

[833] Le CNP du grand appareillage orthopédique, relevant de la CSI des professions paramédicales, s'est d'ailleurs interrogé sur la possibilité donnée aux CSI de s'écarter de l'avis des binômes, dans un contexte où, selon le CNP des pédicures-podologues (autre profession relevant de la même CSI), « toutes les professions se permettent de juger vos dossiers ». L'ordre des masseurs-kinésithérapeutes s'est d'ailleurs dit pour cette raison très opposé au fonctionnement actuel de la CSI des professions paramédicales, expliquant que du fait du non-fonctionnement de

²⁴⁰ Cf. section 4.2.1 *supra*.

ses sous-sections, les actions sont souvent évaluées par des professions qui ne correspondent pas au public visé.

[834] Par ailleurs, l'annexe 3 au présent rapport analyse, dans sa section 4.3, en quoi la structuration et la composition des CSI telle qu'exposée dans la convention constitutive du GIP s'avère incohérente avec les ordres et les CNP en présence.

[835] 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. L'ordre des masseurs-kinésithérapeutes a par exemple indiqué à la mission souhaiter une CSI distincte. 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 médecins, 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.

[836] 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, qui n'est qu'un « petit nombre ». 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).

[837] 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).

[838] 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.

[839] 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'agence²⁴¹. 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. La mission partage ce constat puisque les budgets de l'agence indiquent qu'en 2018 et 2019 (années

²⁴¹ 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*).

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 avoisinaient 550 K€, si bien qu'un quintuplement des moyens des CSI représenterait un budget d'au plus 3 M€.

[840] La mission souligne en effet que même un taux de passage en CSI de l'ordre de 50 % suffirait sans doute à détourner les ODPC de stratégies de répétition de dépôt d'actions évaluées défavorablement, qui lui ont été rapportées par les membres de CSI²⁴² tout comme par les services de l'agence ; un tel taux d'évaluation substantiel mais non maximaliste se justifierait d'autant plus que certaines actions sont supprimées par les ODPC eux-mêmes et que de nombreuses autres ne donnent finalement jamais lieu à inscription (ce que l'agence ne peut détecter que dans le cas des actions ouvertes à des professionnels qu'elle finance ; son rapport d'activité 2021 soulignait que parmi ces actions « seulement 41,8 % (...) comptabilisent au moins une inscription de la part des professionnels de santé éligibles au financement de l'Agence (43,8 % en 2020) »)²⁴³. Enfin, le fait de viser un taux de passage en CSI de l'ordre de 50 % n'implique pas en pratique un quintuplement de leurs moyens et effectifs par rapport à la situation actuelle, puisque le renforcement de la capacité d'absorption des CSI passe en premier lieu par la transformation en commissions de plein exercice d'équipes déjà en place au sein des CSI comptant le plus grand nombre d'experts.

[841] Le scénario d'une évaluation de la totalité des actions poserait la question du maintien d'un contrôle de conformité *ex ante*, mais la mission juge ce scénario maximaliste peu réaliste eu égard au nombre de professionnels qu'il faudrait recruter (le vivier des personnes intéressées pourrait rapidement s'avérer tari) et aux coûts de coordination qui s'ensuivraient pour l'agence : soutien administratif et logistique aux commissions, suivi et étude des déclarations d'intérêt qui représente une tâche déjà lourde (cf. section 6 de l'annexe 3), etc..

La capacité d'absorption par les CSI reste tributaire d'un rééquilibrage du type d'action

Le temps nécessaire à l'évaluation d'une action est, selon les membres de CSI auditionnés, extrêmement variable, allant de 15 minutes à 3 heures, avec une moyenne entre 1 heure et 1 heure 30 minutes ; le type d'action est un important paramètre, les évaluations des actions d'EPP ou des programmes intégrés s'avérant nettement plus longues, en lien notamment avec l'évaluation des modalités de mise en œuvre des méthodes HAS. Or, une diversification en direction des actions hors formation continue est (à juste titre) ambitionnée. Cette perspective constitue une raison supplémentaire de renforcer les moyens des CSI.

²⁴² Ceux-ci évoquant le fait que les ODPC ont « une chance sur 10 » de voir leurs actions de nouveau échantillonnées (faisant alors l'hypothèse implicite d'une sélection aléatoire des actions évaluées, qui semble jusqu'ici proche de la réalité comme on l'a montré en section 4.2.2 *supra*).

²⁴³ Comme plus de 80 % des actions publiées sont ouvertes aux professionnels financés par l'agence, il est possible d'en déduire que la proportion d'actions (tous publics confondus) donnant lieu à sessions est comprise entre 34 % et 54 % (en faisant varier de 0 % à 100 % la proportion d'actions donnant lieu à sessions parmi celles non ouvertes aux professionnels financés par l'agence).

4.3 Le processus est aussi fragilisé par des délais excessifs de notification, qui au-delà des moyens posent la question de la capacité de priorisation par l'agence

[842] A la récente assemblée générale du 24 novembre 2022, la directrice générale de l'agence a indiqué qu' « un chargé de mission CSI est à recruter en 2023. Cette création de poste est à valider par l'assemblée générale. 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 ».

[843] Le tableau ci-après confirme effectivement l'importance des délais de notification des actions au titre de l'année de DPC 2021, qui atteignent en moyenne 213 jours, soit 7 mois. Mais il indique aussi que cette importance des délais de notification concerne davantage encore les actions évaluées défavorablement tant par l'agence que par les CSI, avec **une moyenne atteignant alors 272 jours soit 9 mois, et un 3^e quartile à 378 jours soit plus d'un an, 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. 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.

Tableau 10 : Distribution des délais de notification, en jours, par avis rendu

éval CSI	éval agence	nb cas	délai attribution CSI/1er avis (en j)	délai 1er avis/notif (en j)			
				moyenne	1er quartile	médiane	3 ^e quartile
favorable	favorable	188	32,7	114,4	25,0	50,0	130,0
favorable sous réserve	favorable	57	28,2	112,2	55,0	90,0	146,0
favorable avec recos	favorable	82	36,0	129,5	55,0	102,0	178,5
défavorable	favorable	20	29,3	208,5	162,5	202,5	270,5
favorable sous réserve ou avec recos	favorable avec recos	209	31,3	182,3	64,0	102,0	370,0
favorable	favorable avec recos	13	26,4	84,3	68,0	68,0	83,0
défavorable	favorable avec recos	16	27,8	177,5	143,0	155,0	236,0
favorable sous réserve + 1 cas défavorable	favorable sous réserve	9	31,8	408,1	386,0	405,0	412,0
défavorable (dont 2 avec signalement)	défavorable	644	31,1	271,9	182,0	273,0	378,0
favorable sous réserve	défavorable	7	32,3	243,1	176,5	222,0	331,0
favorable avec recos	défavorable	30	28,0	223,8	127,0	251,5	317,0
favorable	défavorable	24	31,7	154,1	31,0	113,5	270,0
TOTAL		1299	31,3	213,5	85,0	188,0	356,0

Source : ANDPC, calculs mission

[844] En outre, le tableau ci-après indique que 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. section 4.1 *supra*).

[845] Ce tableau indique aussi que le positionnement des différentes CSI vis-à-vis des délais moyens est le même pour les avis favorables et défavorables, ce qui tend à indiquer l'existence d'un facteur explicatif propre à l'organisation des différentes CSI ou à la coopération entre les services de l'agence et chacune d'entre elles. En effet, les différentiels de délai de notification des avis favorables ne peuvent être imputés à des besoins de réécriture des avis émis par les CSI.

Tableau 11 : Délais moyens de notification de l’avis, en jours, par CSI et avis rendu (2021)

	Biologistes médicaux	Chirurgiens-dentistes	Inter professionnelle	Médecins	Paramédicaux	Pharmaciens	Sages-femmes	Total général
Défavorable	149,8	167,1	275,2	319,4	246,1	282,4	233,2	265,5
Favorable	53,0	67,6	136,9	198,6	89,0	214,4	92,8	123,1
Favorable avec recommandations	135,0	121,7	200,7	285,5	86,8	330,7	102,2	176,6
Favorable sous réserve		348,0		443,0	399,0	399,3		408,1
Total général	125,5	125,7	226,1	284,4	182,7	292,1	148,3	213,5

Source : ANDPC, calculs mission

[846] Les diverses non-notifications d’avis qui découlent de tels délais posent problème, à la fois en termes de régulation de la qualité du DPC, de respect du travail des CSI, et de lisibilité du processus pour les ODPC. S’agissant en particulier de la régulation de la qualité, l’échantillonnage des 26 avis défavorables présentant les plus forts retards de notification (plus de 441 jours) a par exemple conduit la mission 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). 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 (qui malgré un taux de recours au DPC inférieur à celui des professionnels libéraux pris en charge constituent un pan substantiel du public potentiel, car ils représentent les trois quarts des professionnels soumis à l’obligation de DPC, cf. annexe 4).

[847] Plus généralement, l’étude des 26 avis défavorables présentant les plus gros retards a conduit à identifier :

- une forte surreprésentation de certaines CSI (17 dossiers relevant de la CSI interprofessionnelle et 7 de la CSI des médecins) ;
- ainsi que, dans la plupart des cas, des éléments appelant pourtant à une notification rapide, puisque dans 16 dossiers les avis des binômes²⁴⁴ convergeaient et pointaient de gros problèmes (dans 2 autres dossiers, les avis des binômes convergeaient mais portaient sur des problèmes plus mineurs ; dans 5 cas les avis des binômes divergeaient, dans un cas la CSI s’était même dite favorable contrairement à l’agence ; enfin dans deux cas il y avait eu entretemps désenregistrement de l’ODPC).

[848] De plus, les cas d’absences de notification concernent aussi les seconds avis, qui interviennent lorsque l’ODPC décide de faire valoir des observations. Dans le cadre de son échantillonnage d’une quarantaine d’avis défavorables relatifs à des actions d’ODPC commerciaux ou associatifs, la mission a constaté que 3 seconds avis positifs n’avaient pas été notifiés, ce qui est incohérent avec la pratique de l’agence qui consiste à notifier les premiers avis même quand ils sont positifs (la Directrice générale avait à cet égard indiqué à la mission que dès

²⁴⁴ Il est ici fait référence aux avis des binômes car il s’agit des seuls document accessibles dans les SI de l’agence outre la notification finale (le SI retrace aussi si l’avis collégial de la CSI est favorable ou non, mais sous forme binaire et pas les considérants de la décision, qui sont censés être reflétés dans la notification, bien que celle-ci puisse en pratique dévier de l’avis de la CSI puisque l’agence est décisionnaire en dernier ressort, et indique réécrire des avis même en l’absence de divergence de vues, à des fins de sécurisation du document ; voir à cet égard la section 4.2 de l’annexe 3).

lors que les ODPC sont informés que certaines de leurs actions seraient évaluées, « il est important de leur faire retour du résultat sans faire jouer le silence vaut accord »).

5 Éléments de comparaison avec la régulation des dépôts de formations collectives au FAF PM et au FIF PL

5.1 Résumé des procédures et pratiques au FAF PM

[849] Au FAF PM, la pédagogie des actions est validée a priori par un comité de relecteurs, sans contrainte préalable de thèmes, dès lors que ceux-ci correspondent à une demande. Les formations offertes par le FAF PM concernent ainsi l'ensemble des champs de la formation continue et ne se limitent pas uniquement aux orientations nationales prioritaires du DPC qui ne concernent que 20 % des besoins de formation. Il s'agit d'une différence importante par rapport à l'ANDPC. De fait, les professionnels recourant au FAF PM seront particulièrement peu enclins à assister à des formations qui ne leur apportent rien, puisqu'ils ne sont pas dédommagés des pertes de recettes liées au temps de formation. Les forfaits FAF PM, qui sont affichés, excluent également les frais de transport, restauration et hébergement. Le FAF PM ne regarde pas si une action pourrait être financée par l'ANDPC. Des réajustements interviennent en fonction de la consommation en milieu d'année et au cours du dernier trimestre

[850] La liberté du choix des thèmes permet parfois une grande réactivité à l'actualité, comme dans l'exemple du Covid (cf. annexe 4, section 1.2.2.2), d'autant que le FAF-PM dispose d'un vivier d'organismes habilités auxquels il fait appel quand il lui semble pertinent de se saisir d'enjeux émergents (lorsqu'après étude la suggestion du FAF PM s'avère peu judicieuse, les organismes décident de ne pas la mettre en œuvre). Les interlocuteurs de la mission ont en effet indiqué impulser l'innovation par une priorisation des financements plutôt que par une tarification incitative.

[851] Les organismes habilités sont nécessairement de forme associative, avec un organe délibérant qui doit être majoritairement composé de médecins exerçant à titre libéral. Il s'agit d'un choix du conseil de gestion présenté comme visant à ce que les actions soient au plus près des besoins des professionnels de terrain. Cette typologie particulière contraste avec la diversité d'organismes déposant des actions auprès de l'ANDPC. Le FAF PM autorise des échanges de dossiers entre ces organismes de manière à mutualiser les avancées pédagogiques ; il est en revanche obligatoire d'informer le FAF PM de tout recours à la sous-traitance. Le FAF PM n'exige pas dans l'immédiat la certification Qualiopi pour financer les actions de formation car cela n'est pas obligatoire pour les fonds d'assurance formation de non-salariés. Les interlocuteurs de la mission jugent de plus qu'une telle exigence éliminerait de petites structures locales dont l'offre est pertinente. Cependant le FAF PM encourage et accompagne les organismes de formation habilités à obtenir cette certification. Ainsi plus de 70 % des organismes habilités sont certifiés, dont la plupart sont ODPC et se tournent vers le FAF s'ils veulent proposer des actions en dehors des orientations prioritaires du DPC.

[852] La certification Qualiopi n'est pas nécessaire (mais les organismes s'engagent à informer le FAF PM de toute certification obtenue). Les interlocuteurs de la mission jugent en effet qu'une telle exigence éliminerait de petites structures locales dont l'offre est pertinente. Pour autant, ils

se disent étonnés du niveau d'adhésion de 70 % parmi leurs organismes habilités, dont la plupart sont ODPC et se tournent vers le FAF PM s'ils veulent proposer des actions en dehors des orientations prioritaires du DPC.

[853] Autre différence avec l'ANDPC, l'habilitation des organismes ne vaut que pour une année civile, avec néanmoins une procédure simplifiée pour les renouvellements (demande du bilan pédagogique et financier, actualisation de la liste des membres composant l'organe délibérant) ; la vérification de la complétude du dossier intervient sous un mois. Il existe une procédure de retrait d'habilitation, avec saisine des 20 médecins membres du conseil de gestion si nécessaire.

[854] Le contenu attendu des projets n'est pas sans rappeler à certains égards les mécanismes en vigueur à l'ANDPC : ils doivent comporter un exposé concis de l'objectif général de la formation, à l'accomplissement duquel concourent des objectifs spécifiques listés et numérotés par séquence de formation. Ces objectifs doivent être déclinés en termes d'activités, rédigés de façon concise et pertinents au regard de la pratique professionnelle des stagiaires, de façon à pouvoir donner lieu à une évaluation des compétences et savoir-faire acquis au terme de l'action de formation. Le projet doit déterminer le déroulé spécifique à chaque séquence de formation, dont les activités des stagiaires et des intervenants, et l'organisation d'ensemble, dont les moyens pédagogiques mis en œuvre. Le titre de l'action de formation doit être parfaitement informatif sur l'objectif général. Sont par ailleurs attendues 3 à 5 références bibliographiques, qui doivent permettre de mesurer la pertinence et l'actualité du projet. Le public cible doit être précisé, avec une indication des raisons justifiant le ciblage des stagiaires, au-delà de leur appartenance à une quelconque spécialité médicale.

[855] Une différence substantielle toutefois vis-à-vis de l'ANDPC : l'absence de référence explicite au respect des méthodes de DPC de la HAS dans les conditions d'acceptation des projets.

[856] Selon le rapport d'activité, 84 % des projets sont validés, taux qu'il est difficile de comparer aux résultats observés à l'ANDPC où la régulation de la qualité est structurée de manière duale (contrôle de conformité + évaluation par les CSI). Le délai pour compléter un dossier est de 15 jours maximum en cas de seconde lecture. C'est d'abord un binôme de membres du comité d'analyse pédagogique qui valide, les projets étant anonymisés. Un programme est validé pour trois ans. Le FAF PM n'expérimente toutefois l'EPP que de manière anecdotique²⁴⁵, ce qui relativise la faculté du FAF à compléter les segments les plus pénuriques de l'offre de DPC au sens de l'ANDPC.

[857] A l'instar du contenu des projets, la doctrine en matière de format des actions ne diffère pas fondamentalement de celle de l'ANDPC. Si l'auditoire des classes virtuelles est limité à 20 personnes, tous les thèmes sont admis sous ce format sauf les formations impliquant des actes techniques avec mises en pratique. De plus, toutes les actions doivent impliquer au moins 5 participants. Le rapport d'activité indique que l'on comptait en moyenne 11 stagiaires par session en 2021. Il existe par défaut des durées standardisées de séquences de 1h30, 2h30 ou 3h30. Il est pour autant possible de prévoir d'autres formats, mais il faut alors les soumettre par écrit au bureau avant transmission du projet au comité d'analyse pédagogique.

²⁴⁵ Ceci semble avant tout la conséquence logique de l'absence des organismes hospitaliers qui se tournent en revanche vers l'ANDPC – fût-ce de manière très partielle, mais non anecdotique.

[858] Le certificat de réalisation de l'action est établi par le dispensateur qui précise également les numéros de RPPS des participants ; des relevés de temps de connexion sont demandés pour une action réalisée en tout ou partie à distance.

5.2 Résumé des procédures et pratiques au FIF PL

[859] Le FIF PL procède à une prise en charge différentielle des professionnels, sur la base de certifications de non prise en charge par ailleurs :

- le formulaire de demande de prise en charge du FIF PL implique que le professionnel libéral (de santé) atteste que la durée en jours stipulée sur sa demande de prise en charge correspond à une durée en jours non financée par l'ANDPC ou par tout autre organisme ;
- l'attestation de présence et de règlement du FIF PL, que doit compléter l'organisme de formation et que doit fournir le professionnel dans le cadre de sa demande de prise en charge, comporte la mention : « Pour les professions de santé : l'organisme de formation atteste que la durée en jours de la formation stipulée sur ce présent document (et pour laquelle une demande de prise en charge est constituée auprès du FIF PL) correspond à une durée en jours non facturée à l'ANDPC ».

[860] Se tourneraient notamment vers le fonds, selon nos interlocuteurs, des professionnels en situation de ruptures d'enveloppe au titre du DPC, ou simplement en quête d'une certaine simplicité de gestion.

[861] Ce sont les organisations professionnelles membres du conseil d'administration qui décident des critères de prise en charge. Le cahier des charges communiqué par l'organisme indique toutefois de nombreux points communs avec l'ANDPC, parmi lesquels une certaine vigilance :

- sur les conflits d'intérêt, même si l'organisme ne demande pas de déclarations d'intérêt ;
- sur l'assise scientifique des pratiques thérapeutiques promues (si l'on fait l'hypothèse que le terme « dérive thérapeutique » peut partiellement correspondre aux « pratiques non conventionnelles ») ;
- sur le niveau des formateurs qui doivent être professionnels de santé, une étude de leurs CV étant prévue ;
- sur la cohérence entre objectifs, choix des experts et méthodes ;
- sur les modalités pratiques de formation (tout comme au FAF PM) : notamment, les actions en e-learning doivent respecter des critères qualité spécifiques, et le nombre de stagiaires doit être précisé ;
- sur la demande d'un déroulé pédagogique ; même si elle semble se situer à un niveau de granularité un peu moindre que dans les cas de l'ANDPC ou du FAF PM (ainsi l'ANDPC cite l'exemple – mais ce n'est qu'un exemple - de 3 unités au sein d'une action de 7h, là où le FIF PL demande « au minimum » un découpage par demi-journée) ;

- sur l'homogénéité du public cible (« les compétences attendues des participants doivent pouvoir être atteintes par l'ensemble des participants à l'issue de la formation programmée ») et le caractère directement applicable dans la pratique professionnelle du savoir(-faire) acquis (avec une précision selon laquelle « l'éducation du malade et/ou de son entourage doit être abordée pour les sujets qui s'y prêtent ») ;
- sur la demande d'une bibliographie actualisée (tout comme au FAF PM) et aux normes applicables ;
- sur la tenue de listes d'émargement et la traçabilité des connexions dans le cas des actions non-présentielles

[862] La mission note en revanche des différences significatives vis-à-vis de l'ANDPC sur les points suivants :

- Tout comme dans le cas du FAF PM, une absence de référence explicite au respect des méthodes HAS dans les critères d'acceptation des formations ;
- Tout comme dans le cas du FAF PM, une absence de contrôle ex post des formations, même si la commission compétente « se réserve le droit d'effectuer un contrôle au cours des actions de formation afin de s'assurer que les conditions énoncées (...) sont respectées » et « après le déroulement d'une formation par interrogation des participants » ;
- L'accord pour une formation ne vaut que pour une année ;
- A l'inverse, cette fois, de la pratique en vigueur non seulement à l'ANDPC mais aussi au FAF PM, la certification Qualiopi est exigée des organismes de formation ; en revanche il n'existe pas d'enregistrement a priori de ces organismes (ce qui semble la contrepartie indirecte du point précédent) ;
- Selon une pratique plus défavorable aux organismes que celle de l'ANDPC, les dossiers ne respectant pas le formalisme de réponse ne sont pas étudiés ;
- De même, les sanctions suite à contrôle interne ou du commissaire aux comptes, ou suite à directive de blocage émanant des services de contrôle de la DREETS sont potentiellement plus dures que celles en vigueur à l'ANDPC, en l'absence d'énoncé limitatif de critères de « désenregistrement » (certes le FIF PL n'enregistre pas d'organismes et ne peut donc en désenregistrer, mais il prévoit alors l'arrêt de toute collaboration ainsi que l'exclusion des futurs appels à projet, ce qui s'apparente à un désenregistrement en termes d'impact économique pour la structure visée).

[863] Enfin, contrairement à la situation qui prévaut au FAF PM, il n'est pas évident que la liberté des thèmes des actions présentées soit beaucoup plus grande au FIF PL qu'à l'ANDPC. En effet, l'action doit s'inscrire dans le cadre de thèmes choisis par la commission professionnelle.

ANNEXE 6 : Les systèmes d'information de l'ANDPC

SOMMAIRE

_Toc134976551

1	LES ECHANGES D'INFORMATIONS RELATIFS A LA GESTION DU DPC REPOSENT ENTIEREMENT SUR LE SYSTEME D'INFORMATION DE L'ANDPC, ACTUELLEMENT EN COURS DE REFONTE	259
1.1	LE SYSTEME D'INFORMATION DE L'ANDPC A ETE CONÇU POUR PERMETTRE UN TRAITEMENT ENTIEREMENT DEMATERIALISE DES OPERATIONS DE GESTION DU DPC.....	259
1.2	L'ANDPC S'EST ENGAGEE DANS UN PROCESSUS DE REFONTE COMPLETE MAIS PROGRESSIVE DE CES OUTILS	262
2	LES ECHANGES DE DONNEES AVEC LES AUTRES ACTEURS DU DPC SONT PEU DEVELOPPES	264
2.1	LES ECHANGES AVEC LES ORDRES N'ONT ETE MIS EN PLACE QU'EN 2021.....	264
2.2	LES ARS N'ONT PAS UTILISE LA POSSIBILITE D'ACCEDER AU PORTAIL DES ORGANISMES DE CONTROLE	266
2.3	LE PROJET DE « COMPTE ETABLISSEMENT » LANCE EN 2020 PAR L'AGENCE A ETE SUSPENDU.....	267
2.4	LES ECHANGES AVEC LES AUTRES FINANCEURS POTENTIELS DU DPC SE LIMITENT A LA COMMUNICATION DE DONNEES AGREGES CONCERNANT LES MEDECINS SALARIES.....	269
3	LA CERTIFICATION PERIODIQUE IMPLIQUERA DE METTRE EN PLACE DES ECHANGES DE DONNEES ET UNE URBANISATION DES NOMBREUX PORTAILS ET SERVICES EN LIGNE OUVERTS AUX PROFESSIONNELS DE SANTE, POUVANT INCLURE CEUX OFFERTS PAR L'ANDPC	270

[864] Cette annexe a pour objet de décrire le système d'information (SI) développé par l'ANDPC et notamment les services numériques offerts aux principaux acteurs du développement professionnel continu : professionnels de santé (PS), organismes de développement professionnel continu (ODPC) et ordres professionnels (1). Elle décrit ensuite les échanges de données, peu nombreux qui ont été mis en place avec d'autres acteurs (2) et analyse l'impact possible du déploiement de la certification périodique des professions de santé à ordre sur le SI de l'agence, compte tenu de la mission attribuée à l'agence du numérique en santé (ANS) de créer un SI de la certification (3).

[865] Pour rappel, l'organisation interne de l'agence en matière de pilotage du système d'information est présentée en annexe 2.

1 Les échanges d'informations relatifs à la gestion du DPC reposent entièrement sur le système d'information de l'ANDPC, actuellement en cours de refonte

1.1 Le système d'information de l'ANDPC a été conçu pour permettre un traitement entièrement dématérialisé des opérations de gestion du DPC

[866] Le choix fait lors de la création de l'OGDPC d'un fonctionnement totalement dématérialisé pour la gestion de l'ensemble des procédures et des relations avec les ODPC, professionnels de santé et autres partenaires, a conféré à la gestion des systèmes d'information un rôle très important dans le fonctionnement de l'agence. A la suite du rapport de l'IGAS de 2014 sur la gestion de l'OGDPC²⁴⁶ critiquant la faible maîtrise du SI résultant d'un recours quasi-exclusif à des prestataires, la transformation de l'OGDPC en ANDPC a permis de réinternaliser le pilotage du SI grâce au recrutement des ressources humaines nécessaires pour assurer la maîtrise d'ouvrage, la maîtrise d'œuvre des développements et la supervision de l'hébergement externe (cf. annexe 2).

[867] Le SI de l'agence est structuré sur un unique outil de gestion de la relation client (ou CRM pour *customer relationship management*), appelé CAP 13 qui est une application développée en interne, « sur mesure », en utilisant les technologies de développement web (un outil PHP de conception ancienne mais rénové, l'agence travaillant sur les versions 5 et 6, Symfony, outil PHP plus moderne, et MYSQL pour la base de données). CAP 13 est composé de plusieurs portails accessibles par le site Internet de l'agence (<https://www.agencedpc.fr/>), offrant des services en ligne à chaque catégorie d'utilisateurs :

²⁴⁶ « Contrôle de l'OGDPC et évaluation du DPC des professionnels de santé », B. Deumié, P. Georges et JP. Natali, IGAS, avril 2014.

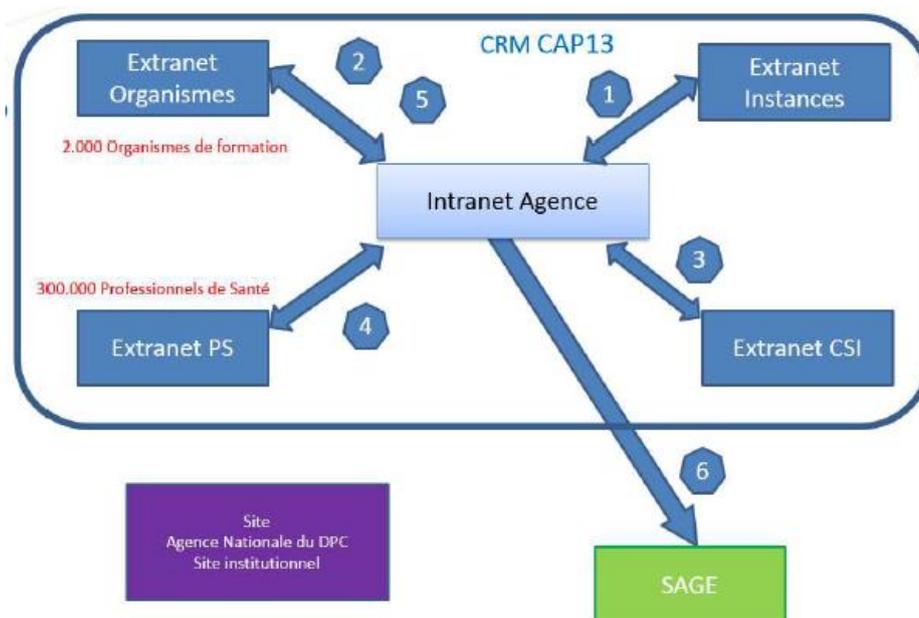
- L'extranet « organismes de DPC » permet le dépôt et le suivi des dossiers d'enregistrement et de présentation des actions en vue de leur publication²⁴⁷. Il permet également de gérer les échanges avec l'agence au cours de ces procédures (réponses aux demandes de précisions ou de compléments, notification des décisions de l'agence) et les éventuelles observations des ODPC quant aux avis des CSI sur leurs actions. L'organisme renseigne en outre sur l'extranet les caractéristiques des sessions prévues pour les actions publiées si elles concernent des professionnels financés par l'agence, permettant l'ouverture de leurs inscriptions²⁴⁸. Enfin, l'extranet permet aux organismes d'adresser leur « demande de solde » pour chaque session effectuée, c'est-à-dire la demande de paiement des frais pédagogiques avec tous les justificatifs exigés, notamment ceux attestant la participation des professionnels de santé²⁴⁹. Les ordonnancements effectués par les services de l'agences (SGO) en réponse à ces demandes alimentent le logiciel de comptabilité (SAGE).

²⁴⁷ Le dossier de l'action comporte deux volets : le premier doit être déposé au moment de la demande de publication de l'action et le second peut être déposé ultérieurement, après publication et au plus tard quinze jours francs après l'annonce de la sélection de l'action pour évaluation par la CSI compétente.

²⁴⁸ Ce sont les ODPC qui valident les inscriptions, étant précisé qu'ils peuvent en refuser.

²⁴⁹ Outre le contrôle de la réalité du service fait, cela permet à l'agence d'indemniser les pertes de ressources des professionnels ayant suivi les actions (ou leur employeur pour les salariés des centres de santé conventionnés).

Schéma 1 : Présentation de la structure du SI et des services offerts



Étape	Processus suivi
1	Les instances définissent les règles de gestion financière à travers la définition des enveloppes métiers, les règles de valorisation des sessions.
2	Les organismes déposent des dossiers pour être habilités à créer des actions de DPC. Les actions sont contrôlées à 3 niveaux <ul style="list-style-type: none"> • A la création, via l'Intranet, avant d'être publiées sur nos extranets (Organismes et PS) et de pouvoir créer des sessions • Par échantillonnage pour analyse des Commissions Scientifiques Indépendantes • A posteriori
3	Chaque action échantillonnée est analysée par la CSI du métier concerné pour se voir affecter un avis favorable ou défavorable sur son maintien en action de DPC
4	Les Professionnels de Santé libéraux remplissent un dossier puis s'inscrivent aux sessions qui les intéressent. Lors de l'inscription, l'Agence leur attribue une participation pour la formation (payée à l'organisme) et une indemnisation (payée au PS) sous réserve de participation
5	Une fois la session terminée l'organisme fait une demande de traitement de la session à l'Agence. Le processus se déroule jusqu'à la validation du paiement de la participation de l'ODPC et les indemnisation des PS ayant participé
6	Le logiciel de comptabilité est alimenté par les écritures comptables générées par le CRM CAP13

Source : ANDPC.

- L'extranet des professionnels de santé dénommé « MonDPC-Document de traçabilité » comporte deux fonctionnalités principales :
 - a) permettre aux seuls professionnels dont le DPC peut être financé par l'agence de s'inscrire à une action publiée et d'être pris en charge, dans les conditions propres à leur profession ;

- b) permettre à tous les professionnels de santé d'ouvrir un compte personnel, leur « document de traçabilité » (DDT), dénommé « MonDPC », pour y déposer les attestations de suivi d'actions de DPC, éditer des synthèses triennales, avec la possibilité d'autoriser l'agence à transmettre directement ces synthèses à l'autorité de contrôle dont ils dépendent (en pratique aujourd'hui, seulement les ordres professionnels). Cette fonctionnalité a été ouverte en juillet 2020.

[868] Pour gérer les comptes des professionnels de santé, l'ANDPC synchronise toutes les 48 heures les données personnelles des professionnels avec le répertoire partagé des professionnels de santé (RPPS) géré par l'agence du numérique en santé (ANS) auquel elle a accès²⁵⁰. L'agence souhaite mettre en place un *web-service* pour permettre en outre une vérification automatique à chaque inscription de professionnel. L'agence reçoit en outre depuis peu un fichier mensuel de l'assurance maladie donnant l'état du conventionnement des professionnels de santé libéraux.

- L'extranet « instances » permet les échanges de documents et d'informations entre l'agence et les membres des instances, ainsi qu'entre les membres de ces instances : HCDPC, conseil de gestion et sections professionnelles, comité d'éthique (les commissions scientifiques indépendantes (CSI), bien qu'étant des instances, n'ont quant à elles pas accès à cet extranet, et disposent d'un extranet propre, cf. ci-après). Chaque membre dispose d'un compte personnel lui permettant d'accéder à l'ensemble de la documentation relative à l'instance à laquelle il appartient : dossiers soumis lors des réunions, comptes rendus, délibérations.
- Les CSI disposent d'un extranet dédié à l'évaluation des actions de DPC. Toutes les phases de l'évaluation sont en effet gérées de façon dématérialisée : renseignement de la grille de critères par le binôme d'évaluateurs, constitution des dossiers pour la CSI, rédaction et envoi par l'agence des notifications d'avis de la CSI aux ODPC, le cas échéant observations en retour des ODPC.
- Les services de l'agence effectuent par l'intranet toutes les actions liées à la gestion du DPC. En revanche, les autres processus de gestion interne (RH, budget, marchés, etc.) ne sont pas informatisés.

1.2 L'ANDPC s'est engagée dans un processus de refonte complète mais progressive de ces outils

[869] La concentration des traitements de l'ensemble des applications métiers sur un CRM unique, géré sur un seul serveur, avec lequel communiquent les portails métiers (extranet ODPC, PS, CSI et autres instances ; intranet des services de l'agence) rend toute évolution complexe. D'une part, la technologie de l'outil est ancienne (même si elle a été montée en version) et, d'autre part, toute évolution sur une application oblige à bloquer l'accès au serveur pour toutes les autres applications qui y sont gérées.

²⁵⁰ Cf. arrêté du 23 septembre 2022 relatif à la mise en œuvre du RPPS qui donne accès au répertoire aux établissements publics, groupements et autres organismes créés par la loi ou le règlement dans des domaines sanitaires, social ou médico-social.

[870] Pour remédier à cette situation, l'agence s'est engagée dans le « décommissionnement » progressif du CRM CAP 13. L'application gérant le DDT a été ainsi développée avec des technologies modernes (Symfony) et gérée à part, sur un serveur dédié, ce qui a obligé les professionnels pris en charge par l'agence à s'authentifier sur deux sites différents. Depuis décembre 2022, cette contrainte a été supprimée, le professionnel n'ayant plus qu'à s'authentifier une seule fois sur l'extranet PS-DDT pour accéder à l'inscription à une action (s'il est pris en charge financièrement par l'agence) et pour accéder à son DDT. De même, les applications métiers de gestion du DPC accessibles aux agents par l'intranet ont été transférées sur un serveur propre (NEMO). Les procédures gérées sur les extranets vont être progressivement rénovées en utilisant la technologie de développement Symfony et transférées sur de nouveaux serveurs : cela est prévu à l'été 2023 pour le portail PS et sera réalisé ultérieurement pour le portail ODPC. Ces évolutions visent en outre à moderniser et harmoniser l'ergonomie des portails et à renforcer la sécurité informatique.

[871] Les évolutions engagées par l'agence impliquent aussi la rénovation et l'externalisation des infrastructures informatiques. Les serveurs des applications de l'agence sont actuellement répartis entre son site du Kremlin-Bicêtre, où sont localisés les serveurs gérant les applications bureautiques et l'environnement de développement de CAP 13, et un *data center* situé à Aubervilliers, qui accueille les serveurs de production et de préproduction de CAP 13, du site internet et de la messagerie électronique, avec le concours de prestataires d'infogérance²⁵¹. Une évolution de cette organisation doit être réalisée par étapes avec la suppression au premier semestre 2023 de l'infrastructure du Kremlin-Bicêtre transférée à un prestataire choisi *via* l'UGAP, fonctionnant en *cloud* souverain (SecNumCloud), avec deux sites miroirs permettant d'assurer la continuité de l'activité en cas d'incident. Au deuxième semestre, la mission sera étendue à la fourniture d'un service de secours à la production. Ce nouveau prestataire pourrait ensuite reprendre la gestion des infrastructures assurée aujourd'hui sur le site d'Aubervilliers.

[872] Pour mémoire (cf. annexe 1, partie 2.3), l'agence n'a pas mis en place la mesure de la satisfaction des usagers sur l'ergonomie du système d'information qui était demandée par le COP et devait fournir des résultats dès 2019. Il n'est donc pas possible d'évaluer de façon rigoureuse le ressenti des usagers mais les données recueillies par la plateforme d'accueil et les témoignages des utilisateurs des services de l'agence rencontrés par la mission donnent quelques indications :

- plus de la moitié des demandes adressées chaque mois à la plateforme concerne la gestion des comptes individuels des professionnels de santé (problème de création, d'activation ou de modification de compte, problèmes de blocage du compte), parfois pour des motifs incombant aux professionnels (oubli de l'identifiant ou du mot de passe). Ces demandes sont bien plus fréquentes que celles portant sur le fonctionnement du DPC qui ne représentent que 10 à 15 % des questions posées²⁵² ;
- plusieurs professionnels de santé appartenant aux organismes et institutions rencontrés par la mission (ODPC, ordres professionnels, CNP) ont en effet indiqué des problèmes dans la

²⁵¹ L'ANDPC recourt à des prestataires d'infogérance : 1/ pour le réseau local, la plateforme de téléphonie (utilisée par l'équipe support), les routeurs et les accès ; 2/ pour les environnements de préproduction et de production de CAP 13 ; 3/ pour les serveurs bureautiques.

²⁵² Les demandes des ODPC concernant les actions de DPC ou les demandes d'enregistrement peuvent toutefois être adressées par mails directement à la DDQ (ou par le mail générique "Enregistrement").

gestion de leur compte personnel (DDT) liés à des informations erronées dans le RPPS sans que la mission puisse identifier si ces difficultés proviennent de la gestion par l'ordre professionnel des informations les concernant, d'absence de transmission par l'ordre à l'ANS de la mise à jour de ces informations ou d'un retard de mise à jour par l'ANDPC des informations du RPPS²⁵³. Par ailleurs certains professionnels salariés ont indiqué avoir rencontré des difficultés à enregistrer dans le DDT comme actions de DPC certaines actions du catalogue de l'ANDPC suivies, de même que certaines catégories d'informations pourtant prévues par l'article R. 4021-5 du CSP définissant le contenu du DDT²⁵⁴ :

- plusieurs ODPC rencontrés par la mission ont signalé que, si les masques de dépôt des actions étaient bien structurés, la rigidité du système et le nombre des informations à fournir exigeaient d'y consacrer un temps important, accru par l'impossibilité de procéder à un enregistrement partiel des informations fournies (si tous les champs obligatoires n'ont pas été remplis, le système n'enregistre pas les données). En ce qui concerne l'enregistrement des organismes eux-mêmes, le système rend impossible des modifications simples tel qu'un changement de numéro SIRET et exige en ce cas le dépôt d'une nouvelle demande d'enregistrement. Un établissement de santé a ainsi indiqué à la mission que son service de formation était enregistré sous un numéro de SIRET devenu obsolète pour éviter d'avoir à recommencer la procédure d'enregistrement.

2 Les échanges de données avec les autres acteurs du DPC sont peu développés

2.1 Les échanges avec les ordres n'ont été mis en place qu'en 2021

[873] Chargés de contrôler l'obligation de DPC des professionnels de leur ressort, les ordres professionnels sont demandeurs des informations détenues par l'ANDPC sur les professionnels libéraux, ou salariés des centres de santé conventionnés, qui ont suivi des actions qu'elle a financées.

[874] Ce n'est qu'à partir de l'ouverture du DDT à l'été 2020 que l'ANDPC a engagé des discussions avec les ordres pour la signature de conventions de mise à disposition de données individuelles en vue de simplifier les procédures de contrôle, pour les professionnels comme pour les ordres. Elle n'y était d'ailleurs tenue ni réglementairement (l'article R. 4021-5 dispose que c'est au professionnel d'adresser à son autorité de contrôle son document de traçabilité) ni par le COP. Fin 2022, cinq conventions sur sept ont été signées, la convention avec l'ordre des pharmaciens étant toutefois en cours de signature. Ce projet de convention avec l'ordre des pharmaciens est

²⁵³ L'ANPDC synchronise toutes les 48H ses données avec celles du RPPS et considère que ces problèmes sont liés à la tenue des tableaux ordinaux ou des listes ADELI ainsi qu'au défaut d'information des autorités d'enregistrement par les professionnels sur les changements les concernant.

²⁵⁴ Notamment celles mentionnée au 5° (éléments complémentaires définis par CNP compétent) et au 6° (document fourni au professionnel de santé par son CNP attestant de la conformité du parcours du professionnel à ses recommandations) de cet article.

d'ailleurs le plus précis sur le contenu des fichiers récupérables par les ordres et la fréquence des mises à dispositions de données.

[875] Pour permettre la transmission des données, l'agence a mis en place un « portail des organismes de contrôle » (POC), accessibles aux personnes habilitées par les ordres, offrant d'une part la possibilité de consulter le DDT d'un professionnel, de l'exporter ou de télécharger les justificatifs déposés et, d'autre part, celle de télécharger les lots complets (pour une période triennale) des DDT des professionnels de santé qui relèvent de la compétence de l'ordre. Dans tous les cas le consentement des professionnels concernés est requis²⁵⁵.

[876] Outre les problèmes d'identification des professionnels signalés *supra* liés à la gestion des répertoires, les ordres critiquent l'absence de signalement par l'agence des mises à disposition de données (l'ordre doit se connecter au portail pour vérifier si les données ont été déposées). L'agence conteste toutefois cette affirmation des ordres, ceux-ci étant selon elle à l'origine des demandes de fichiers. De même plusieurs ordres ont signalé à la mission que la structuration des fichiers, indexés sur les actions et non sur les identifiants des professionnels, ce qui les oblige à retraiter les fichiers avant de les utiliser, ce que l'agence conteste également²⁵⁶.

[877] En outre, pour certains ordres (infirmiers, sage-femmes, pharmaciens, médecins) les données fournies par l'agence ne couvrent qu'une partie de leurs ressortissants, notamment du fait du très faible nombre d'ouvertures de DDT chez les professionnels salariés.

²⁵⁵ Ce consentement doit être exprès et préalable et se matérialise par une « case à cocher » dans MonDPC.

²⁵⁶ Les fichiers comprennent bien les N°RPPS des professionnels mais sont indexés sur les identifiants des actions. Le repérage de l'ensemble des actions suivies par un professionnel exige un retraitement des fichiers. L'ordre des masseurs kinésithérapeutes a transmis à la mission des extraits de fichiers qui confirment ce constat.

Tableau 1 : Dates et contenu des conventions de mise à disposition de données entre l'ANDPC et les ordres professionnels

Ordre	Date de la convention	Fréquence de la transmission de données individuelles	Modalités pratiques
CNOM	01/03/2021	Synthèse annuelle et triennale	Non fixées par la convention (renvoi à un accord entre les parties à l'issue de chaque triennal). Téléchargement sur le portail organismes de contrôle de l'agence (POC)
CNOCD	11/05/2021	Synthèse triennale + synthèse annuelle à partir de 2023	Non fixées par la convention (renvoi à un accord entre les parties à l'issue de chaque triennal). Téléchargement sur le portail organismes de contrôle de l'agence (POC)
CNOI	31/05/2021	Données d'identification (préparation du passage d'ADELI vers le RPPS) Synthèse triennale 2020-2022 (hors convention)	Transmission par l'ANDPC sur le portail organismes de contrôle de l'agence (POC)
CNOMK	11/05/2021	Synthèse triennale	Non fixées par la convention (renvoi à un accord entre les parties à l'issue de chaque triennal). Téléchargement sur le portail organismes de contrôle de l'agence (POC)
CNOPP	19/02/2021	Synthèse triennale	Non fixées par la convention (renvoi à un accord entre les parties à l'issue de chaque triennal). Téléchargement sur le portail organismes de contrôle de l'agence (POC)
CNOP	Projet en cours de signature	Données annuelles + consolidation triennale + actualisation hebdomadaire des nouveaux dépôts de DDT (postérieurs au téléchargement en masse) et sur consentement exprès des professionnels.	Détail des informations communiquées et du format de fichiers Téléchargement sur le portail organismes de contrôle de l'agence (POC)
CNOSF	Pas de convention	Synthèse annuelle	Téléchargement sur le portail organismes de contrôle de l'agence (POC), fichier XML

Source : Mission d'après documents ANDPC et ordres

2.2 Les ARS n'ont pas utilisé la possibilité d'accéder au portail des organismes de contrôle

[878] L'Article R. 4021-23 du CSP (tel que modifié par le décret 2016-942 du 8 juillet 2016) charge les agences régionales de santé (ARS) de vérifier le respect de l'obligation de DPC par les professionnels de santé ne relevant pas d'un ordre professionnel et n'exerçant pas à titre

salarié (audioprothésistes, opticiens lunetiers, prothésistes et orthésistes) ou exerçant à titre libéral (ergothérapeutes, psychomotriciens, diététiciens, orthoptistes, orthophonistes).

[879] Si l'ANDPC a effectivement indiqué à la mission que le portail POC était destiné à être également ouvert aux ARS, elle a précisé qu'aucune d'entre elles ne s'était manifestée pour obtenir un accès. Cela confirme le constat effectué par la mission auprès de cinq ARS dont 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. Seule l'une d'entre elle a indiqué avoir désigné un référent au sein du service chargé des ressources humaines en santé. Un petit nombre de professionnels (une dizaine par an, principalement des orthoptistes) adresse directement des attestations à cette ARS qui les enregistre manuellement dans un fichier Excel par profession.

[880] Le service de santé des armées (SSA), qui est chargé du contrôle de l'obligation de DPC de ses professionnels de santé, a en revanche demandé début 2023 d'accéder au POC.

2.3 Le projet de « Compte établissement » lancé en 2020 par l'agence a été suspendu

[881] Consciente du faible déploiement du DPC chez les professionnels de santé salariés des établissements de santé et médico-sociaux, l'ANDPC a adressé en mai 2018 une note au directeur de cabinet de la ministre des solidarités et de la santé et à la DGOS, proposant notamment d'engager une concertation avec les acteurs hospitaliers²⁵⁷ pour définir un plan d'actions s'appuyant sur les axes suivants :

- un appui de l'agence à des actions de promotion et de valorisation du DPC, dans le prolongement d'une réflexion à conduire entre les acteurs hospitaliers ;
- une gestion directe par l'agence des crédits qu'elle consacre au DPC des médecins des ES et ESMS (sans passer par les organismes financeurs de la formation) ;
- une simplification et une adaptation des procédures d'enregistrement des ODPC et de dépôt des actions ;
- la création d'un portail « établissements » sur le site de l'agence pour gérer l'inscription et le suivi des actions ouvertes à leurs salariés ;
- l'organisation d'interfaces entre le SI de l'agence et les SI du secteur hospitalier, en particulier avec le compte qualité prévu dans le cadre de la procédure de certification des établissements de santé.

²⁵⁷ Note du 15 mai 2018 de la directrice générale de l'ANDPC. A signaler que cette note ne mentionne pas les établissements et services médico-sociaux employeurs de professionnels de santé ni les fédérations qui les représentent.

[882] L'agence a ensuite, en 2020, constitué un groupe de travail avec les fédérations hospitalières²⁵⁸ et la fédération nationale des centres de santé (FNCS) pour la création d'un outil de gestion du DPC en établissement de santé (SI DPC Hôpital) qui a tenu trois réunions²⁵⁹.

[883] Dans ce cadre, la proposition de l'agence consistait à construire, en adaptant les développements réalisés pour les libéraux, un système susceptible d'offrir les fonctionnalités suivantes :

- les processus d'inscription des salariés aux actions de formation ;
- le pilotage et le suivi du DPC au sein des établissements, selon la typologie des actions suivies (actions de formation continue, actions de DPC avec la distinction FC, EPP, GDR) ;
- l'alimentation automatique du DDT des salariés ;
- la production d'analyses globales à partir de ces données.

[884] Les travaux devaient se dérouler en quatre étapes : la construction de « comptes établissements » ; la définition des modalités d'accès au catalogue des actions de l'agence et du circuit d'inscription des salariés ; la définition du circuit de financement ; la construction du dispositif de pilotage du DPC dans les établissements.

[885] Ces travaux ont permis d'acter certaines grandes options de la structuration du SI :

- la création d'un compte établissement, dont les spécifications fonctionnelles ont fait l'objet d'un premier travail de définition, permettant à l'employeur de piloter et de suivre la mise en œuvre du DPC de ses salariés et de déposer et gérer des actions de DPC s'il est enregistré comme ODPC ;
- la création des comptes individuels par les professionnels de santé eux-mêmes, avec le rattachement au compte de l'établissement via le n° FINESS et une validation par l'établissement ;
- l'inscription des professionnels aux actions par l'employeur, dans le respect des procédures internes de chaque établissement.

[886] Il était prévu de poursuivre ces travaux par des réunions secteur par secteur pour approfondir les modalités d'inscription (en associant des représentants des services RH et affaires médicales des établissements), d'étudier la faisabilité d'intégrer un suivi budgétaire dans l'outil (en associant les organismes financeurs) et de définir les indicateurs de suivi et de pilotage à produire (avec des représentants des services concerné des établissements). Mais ces travaux n'ont pas été lancés.

²⁵⁸ FHF, FEHAP, FHP, Unicancer, Fnehad.

²⁵⁹ Les 10 décembre 2020, 11 février, 30 mars 2021. Un document de présentation daté de novembre 2021, reprenant les présentations antérieures, existe mais il n'y a pas de compte rendu de réunion associé.

[887] En effet, le « feu vert » attendu de l'agence de la part de ses tutelles sur la mise en place de cet outil n'a pas été donné. La mission estime que la relance de ce projet est peu probable, pour deux raisons principales :

- les actions de DPC à l'intention des salariés inscrites au catalogue de l'agence ne représentant qu'une faible part des actions qu'ils suivent en réalité (cf. annexe 4), l'intérêt pour les employeurs de faire réaliser l'inscription de ces seules actions sur le site de l'agence n'apparaît pas clairement. Par ailleurs, pour les actions de formation hors catalogue de l'ANDPC, les établissements de la FPH bénéficient du logiciel Gesform mis à leur disposition par l'ANFH qui leur permet de gérer les inscriptions de leurs salariés²⁶⁰ ;
- le contexte de l'attribution par décret²⁶¹ à l'agence du numérique en santé (ANS) de la construction du SI de la certification périodique n'apparaît pas favorable. En effet, l'engagement par l'ANS de la construction de ce SI, devant associer les mêmes acteurs et intégrer les mêmes informations relatives au DPC (mais pour les seuls professionnels relevant d'un ordre) est susceptible de rendre caduque la démarche engagée par l'ANDPC, les deux SI pouvant difficilement être développés simultanément sauf à ce que l'ANS considère que le SI établissements de l'agence puisse constituer une « brique » du SI de la certification périodique.

2.4 Les échanges avec les autres financeurs potentiels du DPC se limitent à la communication de données agrégées concernant les médecins salariés

[888] L'action 3.2.2 du COP visait à développer les échanges de données entre l'ANDPC et les autres financeurs du DPC (ANFH, OPCO santé, FAF-PM, FIF-PL) afin de recenser l'ensemble des actions de DPC suivies par un professionnel ;

[889] Parmi ces organismes financeurs, seule l'ANFH a signé une convention (non datée) avec l'ANDPC prévoyant, d'une part la transmission hebdomadaire par cette dernière d'une liste historisée des actions de DPC publiées, et d'autre part la transmission annuelle par l'ANFH de données relatives à l'engagement des professionnels salariés de la fonction publique hospitalière, agrégées par professions et spécialités (nombre de professionnels engagés, nombre d'inscriptions, typologie et format des actions, montants engagés, noms des ODPC et libellé des actions).

[890] Cette convention fixe aussi les modalités de mise en œuvre du financement par l'agence du DPC des médecins salariés de la FPH qui implique la fourniture annuelle par l'ANFH de fichiers *Excel* comportant les données nominatives relatives aux actions de DPC suivies par ces médecins (nom, prénom, n° RPPS, spécialité médicale, nom de l'établissement, nom et identifiant de

²⁶⁰ Les données individuelles gérées dans Gesform restent au niveau de l'établissement et ne sont pas collectées par l'ANFH sauf pour les médecins qui peuvent bénéficier de la prise en charge de l'ANDPC (cf. *infra*).

²⁶¹ Décret no 2022-1205 du 30 août 2022 relatif à la désignation de l'autorité administrative assurant la gestion des comptes individuels de la certification périodique des professions de santé.

l'ODPC, références de l'action de DPC suivie, dates de début et de fin de session), et ce à des fins de contrôle par l'agence.

[891] Pour les médecins salariés des établissements privés, l'OPCO santé a rejeté le principe d'une convention triennale proposé par l'ANDPC, qui n'était pas assorti d'une garantie de ressources annuelle.

[892] S'agissant des personnels non médicaux, l'OPCO ne dispose pas non plus dans son SI d'information permettant d'identifier les actions de DPC suivies et ne peut donc échanger d'informations avec l'ANDPC à ce sujet.

[893] Il n'existe pas non plus d'échange de données avec les fonds d'assurance formation des professionnels libéraux (FAF-PM, FIF-PL). Les deux organismes ont en effet indiqué à la mission qu'aucune demande en ce sens ne leur avait été adressée par l'agence, l'agence indiquant de son côté que le FIF-PL aurait indiqué une impossibilité faute d'identifiants communs, et que le FAF-PM n'aurait pas répondu à ses sollicitations. Il se sont déclarés ouverts à la construction d'échanges de données individuelles, notamment avec l'ANS dans le cadre de la certification périodique, pour simplifier les démarches des professionnels et à condition d'obtenir leur accord.

[894] De même, il n'existe pas d'échange d'information avec le CNFPT, financeur et offreur de formation continue pour les professionnels de santé salariés des collectivités territoriales et de leurs établissements publics (environ 35 000 professionnels de santé sur près de 2 millions d'agents de la FPT selon les données de la DGAFP). Le CNFPT a d'ailleurs indiqué à la mission qu'il ne faisait pas d'enregistrement individuel des formations suivies par les agents (ce sont les employeurs qui disposent de ces informations) et ne pourrait donc alimenter le DDT des agents. En tant qu'ODPC, le centre adresse des attestations aux salariés formés, qui peuvent ensuite les déposer sur leur DDT mais le format exigé par l'agence ne correspond pas avec celui des attestations produites par son SI et impose un traitement manuel.

3 La certification périodique impliquera de mettre en place des échanges de données et une urbanisation des nombreux portails et services en ligne ouverts aux professionnels de santé, pouvant inclure ceux offerts par l'ANDPC

[895] L'ANDPC avait formulé par note du 30 juillet 2021 à la DGOS des propositions pour la construction d'un SI de la certification périodique mettant l'accent sur les conditions à remplir et les moyens et délais qui lui seraient nécessaires pour mener à bien le projet, au regard de sa complexité, en précisant que le nouveau SI ne pourrait pas être opérationnel au 1^{er} janvier 2023 mais plutôt à partir d'avril 2025. L'Etat n'a pas retenu cette proposition et a désigné l'Agence du numérique en santé (ANS) pour conduire le projet, par un décret du 30 août 2022²⁶².

²⁶² Décret n°2022-1205 du 30 août 2022 relatif à la désignation de l'autorité administrative assurant la gestion des comptes individuels de la certification périodique des professions de santé.

[896] Ce choix se justifie par le rôle de l'ANS dans le développement de la e-santé, la régulation des échanges d'information entre les acteurs du système de santé (élaboration de normes d'échanges) et par sa capacité à porter des projets SI communs à ces acteurs. Sa responsabilité dans la gestion du système d'identification et d'authentification des professionnels de santé quel que soit leur statut (les répertoires RPPS et ADELI²⁶³ et les cartes de professionnels de santé) l'amène à gérer des échanges d'informations avec les ordres professionnels, les professionnels de santé eux-mêmes et/ou leurs employeurs, alors que l'ANDPC, opérateur non spécialisé dans les systèmes d'information, n'a pas fait la preuve de sa capacité à suivre le déploiement du DPC au-delà des seuls professionnels dont elle prend en charge les actions (moins de 3 % des professionnels ne bénéficiant pas de cette prise en charge avaient ouvert un DDT fin 2022). En outre, les tensions entre les CNP et l'ANDPC avivées par l'élaboration des orientations prioritaires 2023-2025 (cf. annexe 4) ont pu jouer en la défaveur du choix de l'agence.

[897] L'ANS prévoit une démarche progressive et collaborative pour la construction du SI de la certification qui devrait se traduire par l'élaboration d'un document de cadrage détaillé, au moins sur un premier périmètre du projet, en avril 2023. Au moment de la rédaction de ce rapport l'ANS était en cours d'identification des enjeux du futur SI, des partenaires détenant des informations susceptibles de l'alimenter, ou devant pouvoir accéder aux informations qu'il contiendra, et des principales fonctionnalités qu'il devra offrir (voir le schéma 2 ci-dessous qui présente le projet d'architecture fonctionnelle des macroprocessus élaboré par l'ANS).

[898] Le futur SI devra ainsi s'interfacer avec :

- le RPPS (et donc les SI des ordres) pour l'identification des professionnels ;
- les SI des ordres et des employeurs pour recueillir si nécessaire des informations complémentaires sur les conditions d'exercice des professionnels
- les SI des organismes détenant des informations sur les actions suivies par les professionnels :
 - la HAS qui assure le suivi de l'accréditation des médecins et équipes médicales et des spécialités à risques (système d'information de l'accréditation des médecins - SIAM) ;
 - l'ANDPC pour les professionnels dont elle finance le DPC ou qui ont ouvert et alimenté leur DDT ;
 - les employeurs des professionnels salariés pour les actions retracées dans leurs SIRH ;
 - le cas échéant les organismes financeurs disposant d'informations individuelles sur les actions suivies par les professionnels qu'ils prennent en charge (FAF-PM, FIF-PL²⁶⁴) ;

²⁶³ Le RPPS devant remplacer ADELI pour l'ensemble des professions de santé. C'est déjà le cas pour les professions à ordre avec la bascule des infirmiers dans ADELI en octobre 2021 ; cela sera le cas pour les autres professions à partir de 2023. Les ordres seront les autorités d'enregistrement pour les professionnels en relevant, les ARS le seront pour les autres professionnels (comme cela était le cas dans ADELI). Cette opération permet une gestion unifiée de l'annuaire des professionnels et l'attribution au professionnel d'un n° RPPS unique, valable pour toute sa carrière, alors que le N°ADELI changeait avec le département d'exercice.

²⁶⁴ L'ANS mentionne également les OPCO et l'ANFH mais ceux-ci ne suivent pas individuellement, à date, les actions qu'ils financent, qui sont suivies par les employeurs.

- les CNP qui ont mis en place un système d'information permettant aux professionnels de déposer des attestations de suivi d'actions inscrites dans les parcours de DPC élaborés par ces CNP et d'autres actions qui seront éligibles aux référentiels de certification (Archimede pour le CMG et ParcoursPro pour la FSM) ;
- la CDC pour les actions financées via le compte personnel de formation (CPF) géré par la Caisse dans la mesure où les actions financées par ce compte (qui sont des actions qualifiantes) pourraient être retenues par les référentiels de certification ;
- les SI des organismes devant recevoir les données rendant compte des actions suivies, à savoir (à nouveau) les ordres professionnels chargés du contrôle de l'obligation de DPC et les employeurs.

[899] Par ailleurs, les professionnels auront accès à ce SI pour consulter leur compte et, le cas échéant pouvoir y déposer des attestations qui n'auraient pas été fournies par un organisme tiers.

[900] La construction du dispositif d'alimentation automatique de ce SI par les « preuves » individuelles de suivi d'actions suppose de mener à bien trois chantiers majeurs :

- la définition des typologies des actions éligibles à chacun des blocs de référentiels : cette tâche incombe aux CNP dans le cadre des orientations scientifiques données par le CNCSP et de la méthodologie définie par la HAS ;
- l'élaboration d'une définition de la typologie des attestations et de leurs formats d'échange qui soit harmonisée entre les CNP, les employeurs et les organismes financeurs des actions ;
- la construction d'interfaces entre le SI certification et l'ensemble des SI des partenaires, qui peut se révéler particulièrement lourde eu égard à la diversité de ces systèmes d'information (SI RH des employeurs notamment).

[901] L'ANS envisage la création d'un portail commun d'accès des professionnels de santé aux services qui leurs sont offerts sur lequel ils s'identifieraient et s'authentifieraient par la solution ProSanté Connect qu'elle a développée²⁶⁵, ce qui suppose que l'ensemble des opérateurs de ces services (ordres, ANDPC, CNP, financeurs, employeurs, etc.) acceptent de l'implémenter dans leur SI. Cela permettrait de faciliter à la fois les échanges d'informations pour l'alimentation du SI certification, et la tâche des professionnels de santé, qui n'auraient à s'authentifier qu'une seule fois pour accéder à l'ensemble de leurs comptes personnels auprès de chacun des opérateurs.

[902] La place de l'ANDPC dans ce dispositif est celle d'un opérateur contribuant à l'alimentation du SI certification, à l'instar des autres partenaires, pour les professionnels dont elle prend en charge le financement des actions (libéraux et salariés des centres de santé conventionnés), ainsi que pour les autres professionnels ayant ouvert un DDT. Il est d'ailleurs probable que la possibilité d'ouvrir un compte personnel dans le SI certification pour y enregistrer l'ensemble des actions suivies, avec un périmètre plus large que les seules actions du catalogue de l'ANDPC (cf. annexe 4), dissuadera les professionnels de santé ne bénéficiant pas du financement de l'agence, et

²⁶⁵ Pro SantéConnect permet aux professionnels de s'authentifier soit avec une e-CPS (application mobile) soit avec une carte CPS physique à tous les services numériques de santé raccordés à Pro Santé Connect. À compter du 1er janvier 2023, l'implémentation de PSC sera obligatoire pour les services numériques en santé nationaux, territoriaux, ainsi que pour les services locaux qui y sont fortement intégrés (source : ANS).

relevant d'un ordre d'ouvrir un DDT sur Mon DPC. Le projet de portail unique proposé par l'ANS nécessitera par ailleurs, s'il aboutit, que l'ANDPC fasse évoluer ses services en ligne aux professionnels de santé pour les rendre accessibles via ce portail commun, en les adaptant à l'utilisation de ProSanté Connect.

Schéma 2 : Esquisse d'architecture fonctionnelle du SI Certification (document non définitif)



Architecture fonctionnelle macro : blocs fonctionnels identifiés en phase de cadrage

En cours de définition

