



Inspection générale
des affaires sociales

Contrôle de l'Organisme gestionnaire du développement professionnel continu et évaluation du développement professionnel continu des professionnels de santé

RAPPORT DEFINITIF

Établi par

Bertrand DEUMIE

Philippe GEORGES

Membres de l'Inspection générale des affaires sociales

Jean-Philippe NATALI
Interne de santé publique
Stagiaire à l'Inspection générale des affaires sociales

- Avril 2014 -

2013-126R

SYNTHESE

- [1] Une nouvelle architecture de la formation continue des professionnels de santé a été créée en 2009 dans le cadre de la loi dite HPST. Elle a pris le nom de développement professionnel continu (DPC).
- [2] Le schéma de cette architecture est simple : les professionnels de santé ouvrent un compte auprès d'un organisme national dénommé Organisme gestionnaire du développement professionnel continu (OGDPC). Les organismes de formation se font enregistrer, après une évaluation scientifique indépendante, auprès du même organisme qui publie les programmes disponibles auxquels les professionnels s'inscrivent. L'OGDPC finance les formations et indemnise les professionnels.
- [3] Ce schéma ne vaut cependant que pour neuf professions libérales, les autres professions libérales relevant de mécanismes de droit commun (FAF). La gestion de la formation continue des salariés hospitaliers s'effectue dans les établissements et par le truchement d'un organisme paritaire collecteur agréé (OPCA). Les salariés exerçant ailleurs que dans les établissements de santé sont hors de ce schéma.
- [4] La mise en place de cette architecture est émaillée de nombreuses difficultés de nature différente. Des dysfonctionnements affectent notamment les procédures d'inscription des professionnels ainsi que de leur indemnisation et l'enregistrement des organismes n'a pas encore abouti, à cause du lent démarrage de la procédure d'évaluation.
- [5] Cette situation a conduit la ministre des affaires sociales et de la santé à demander à l'Inspection générale des affaires sociales de procéder à un contrôle de l'OGDPC. Il est rapidement apparu à la mission que les difficultés de fonctionnement de cet organisme ne prenaient qu'une part relative dans les critiques portées par les différents acteurs du DPC qui remettaient en cause certains aspects de la réforme. La mission a donc élargi le champ de son investigation.
- [6] À son terme, le contrôle de l'organisme révèle des dysfonctionnements mais pas de manquements graves. En revanche, la mission constate que le DPC a développé un épais nuage de problèmes de nature extrêmement diverse dans lequel il est possible de distinguer quatre strates.
- [7] L'analyse de la réforme fait d'abord apparaître plusieurs vices de conception. L'obligation de formation n'a pas de contenu précis : ni le volume d'heures ni le contenu de la formation ne font l'objet de prescription. La sanction du manquement à l'obligation n'est pas organisée et les aléas budgétaires qui affectent la construction des budgets de l'OGDPC ne donnent aucune assurance qu'il sera possible de financer le coût d'un DPC généralisé à tous les effectifs de l'ensemble des professions.
- [8] Ensuite, la mission a constaté quelques mauvais réglages. La procédure d'évaluation préalable des organismes par des commissions scientifiques indépendantes n'apporte pas toute garantie de qualité et la procédure de contrôle a posteriori n'est pas encore mise en place. L'organisation institutionnelle de l'OGDPC fait obstacle à une gouvernance claire.
- [9] En troisième lieu, la conduite de projet a été défectueuse. Dans un cadre juridique contraint par des textes qui empiètent sur la marge de gestion nécessaire, les remises en cause de règles édictées après « arbitrage » politique, les délais trop serrés, le choix technique hasardeux d'un recours exclusif à l'informatique, ont mis sous une pression excessive l'OGDPC.

- [10] Enfin, des blocages portent principalement sur le financement des organismes de formation par l'industrie pharmaceutique et, plus globalement, l'ouverture du DPC à tout type d'organisme de formation et sur le dispositif de leur évaluation.
- [11] Dans ce bilan, la responsabilité de l'OGDPC apparaît limitée ; c'est cette pression excessive qui lui a fait prendre certaines positions rigides et commettre des maladresses de communication.
- [12] Le nombre, la diversité de nature et la complexité des difficultés – parfois majorées par des acteurs qui se contentent de critiques et ne proposent rien – n'ont pas permis à la mission une analyse approfondie de chacune d'entre elles. Ainsi il n'a pas été possible d'examiner de manière détaillée la situation de chaque profession, notamment des professions paramédicales.
- [13] La réforme de 2009 comportait des avancées de principe qui n'ont, pour la plupart, pas connu de concrétisation dans le DPC tel qu'il fonctionne aujourd'hui :
- une obligation de formation commune à toutes les professions de santé, indifférente au statut, libéral ou salarié, du professionnel ;
 - une formation construite selon des méthodes communes à tous, alliant apport de connaissances (le « cognitif ») et l'évaluation scientifique et pédagogique des pratiques professionnelles, méthodes validées par la HAS ;
 - l'instauration d'une procédure d'évaluation préalable des organismes, qui n'existe pas dans les autres secteurs de la formation continue ;
 - le financement spécifique de formations pluri-professionnelles et inter-sectorielles ;
 - la lisibilité de l'offre de formation, offerte à tous, en un point unique ;
 - la liberté de choix de l'organisme de formation par le professionnel ;
 - le respect du droit de la concurrence.
- [14] Aussi il apparaît opportun de sauvegarder les principes de cette réforme. La plupart des interlocuteurs de la mission conviennent des avancées et certains se sont fortement engagés dans la mise en œuvre de la réforme. Les fortes oppositions sont concentrées sur quelques organisations. En revanche, une « carapace de scepticisme » entoure cette réforme dont beaucoup considèrent qu'elle échouera.
- [15] Cette dernière considération conduit la mission à marquer une grande importance à la manière dont doit être conduite toute modification apportée au dispositif. Un réel travail de concertation approfondie doit aboutir à un « accord » sur les grandes règles du changement, à l'image de ce qui a été réalisé avec l'accord national interprofessionnel sur la formation continue conclu le 14 décembre 2013. La concertation doit s'étendre à l'élaboration des textes afin que la réforme s'élabore sans ambiguïté et recueille la meilleure adhésion des acteurs. Une véritable conduite de projet doit être organisée pour la mettre en œuvre.
- [16] Les résultats enregistrés par l'OGDPC, selon lesquels la hausse des effectifs ayant suivi une formation est conforme aux objectifs de croissance, permettent de prendre le temps de cette concertation et de respecter les règles de l'art de la gestion, notamment des projets informatiques.
- [17] Un premier scénario consiste à maintenir le système actuel en en corrigeant les dysfonctionnements. Dans ce cadre, il s'agit de redonner confiance aux acteurs dans le dispositif en consolidant le financement du DPC et en assortissant l'obligation d'un jeu de sanctions réelles. Les procédures doivent être simplifiées et la qualité technique des formations assurée. La mission propose également d'alléger la gouvernance, de garantir une concurrence loyale entre organismes de formation et de clarifier les relations entre les employeurs et leurs salariés.

- [18] Le nombre important de retouches à effectuer peut cependant conduire à s'interroger sur des simplifications plus radicales du système actuel. La mission a proposé un jeu de scénarios (scénarios 2, 3 et 4) qui offrent un champ plus ouvert à la concertation nécessaire.
- [19] La mission a bâti ces scénarios à partir de deux idées directrices : circonscrire le rôle de l'État et, corrélativement, accroître les responsabilités des professionnels ; laisser au travail des professionnels et à l'expérience le soin de résoudre un certain nombre de questions pour lesquelles manquent aujourd'hui les données pour trancher.
- [20] Le deuxième scénario, plus proche que les suivants de l'actuel dispositif, recentre les missions de l'OGDPC sur la formation inter-professionnelle et les priorités de santé publique. Tout ce qui a trait aux formations de DPC propre à chaque profession ou secteur d'activité relève des organismes gestionnaires spécifiques : ANFH, OPCA, FAF.
- [21] Le troisième scénario circonscrit le DPC à un socle de connaissances à actualiser que détermine le professionnel après évaluation de sa pratique. Ce socle est à acquérir auprès d'organismes de formation ayant été évalués.
- [22] Le quatrième scénario consiste en l'application du droit commun de la formation continue. L'obligation, de légale, redevient déontologique. L'OGDPC est supprimé. Les financements publics sont convertis en incitations, notamment dans le cadre des conventions avec l'Assurance maladie, et, pour les établissements de santé, le niveau de DPC est un élément de la certification.
- [23] La mission marque sa préférence pour le deuxième scénario en ce qu'il implique notamment un moindre changement institutionnel mais opère des simplifications substantielles.

Sommaire

| | |
|---|-----------|
| SYNTHESE..... | 3 |
| RAPPORT..... | 9 |
| 1 LE CONTROLE DE L'OGDPC NE REVELE PAS DE MANQUEMENTS GRAVES MAIS DE NOMBREUX DYSFONCTIONNEMENTS | 11 |
| 1.1 Le fonctionnement de l'OGDPC peut être amélioré | 11 |
| 1.1.1 Le fonctionnement de l'OGDPC n'est pas strictement conforme à celui d'un GIP..... | 11 |
| 1.1.2 L'impartialité et la représentativité des instances de l'OGDPC doivent être garanties..... | 12 |
| 1.2 Les frais de siège pourraient être réduits à la marge..... | 14 |
| 1.2.1 Des locaux repris de l'OGC pour un loyer dans la norme..... | 14 |
| 1.2.2 Des taux d'occupation assez faibles avant montée en charge..... | 14 |
| 1.3 La politique salariale est inspirée du régime général de sécurité sociale..... | 15 |
| 1.4 Les développements informatiques ont été mal maîtrisés | 17 |
| 1.4.1 Le choix initial du "tout informatique" a créé des contraintes ingérables pour l'OGDPC..... | 17 |
| 1.4.2 La remise en ordre des développements informatiques ne peut être que progressive | 19 |
| 2 UNE REFORME AUX INCIDENCES MAJEURES QUI NE S'INSCRIT PAS DANS UN PROJET COHERENT ET FEDERATEUR | 19 |
| 2.1 Des évolutions majeures, des vices cachés et des mauvais réglages | 19 |
| 2.1.1 Trois évolutions porteuses de remises en cause importantes | 19 |
| 2.1.2 Les vices de conception de la réforme | 22 |
| 2.1.3 Les mauvais réglages..... | 25 |
| 2.2 Une conduite de projet désastreuse | 27 |
| 2.2.1 Rigidités et délais comprimés..... | 28 |
| 2.2.2 Un pilotage confus..... | 31 |
| 2.2.3 Un « choc de cultures », une absence d'adhésion | 32 |
| 3 PLUSIEURS SCENARIOS PEUVENT ETRE EXploRES POUR SORTIR DE LA DIFFICULTE ACTUELLE..... | 33 |
| 3.1 Principes d'élaboration des scénarios | 33 |
| 3.2 Scénario 1 : l'amélioration progressive du dispositif actuel..... | 35 |
| 3.2.1 Redonner confiance aux bénéficiaires dans le dispositif de DPC..... | 36 |
| 3.2.2 Simplifier les procédures..... | 40 |
| 3.2.3 Assurer la qualité technique des formations..... | 42 |
| 3.2.4 Améliorer la gouvernance..... | 48 |
| 3.2.5 Garantir l'ouverture du marché de la formation et une concurrence loyale..... | 49 |
| 3.2.6 Clarifier le statut du DPC pour les professionnels de santé salariés et leurs employeurs | 51 |
| 3.3 Scénario 2 : un OGDPC pilote mais une gestion déléguée | 55 |
| 3.4 Scénario 3 : un DPC recentré sur les connaissances critiques..... | 56 |
| 3.5 Scénario 4 : l'application du droit commun de la formation | 57 |
| 3.5.1 Des obligations souples peuvent remplacer la complexité actuelle | 57 |
| 3.5.2 La simplification du dispositif actuel se fait au prix d'une perte d'ambition | 58 |
| RECOMMANDATIONS DE LA MISSION..... | 59 |
| LETTRE DE MISSION..... | 61 |
| REPONSES DE L'ORGANISME GESTIONNAIRE DU DEVELOPPEMENT PROFESSIONNEL CONTINU (OGDPC)..... | 63 |

| | |
|---|-----|
| OBSERVATIONS DE LA MISSION | 79 |
| REPONSES DE LA DIRECTION GENERALE DE L'OFFRE DE SOINS (DGOS) | 83 |
| OBSERVATIONS DE LA MISSION | 89 |
| REPONSES DE LA DIRECTION DE LA SECURITE SOCIALE (DSS)..... | 91 |
| OBSERVATIONS DE LA MISSION | 97 |
| REPONSES DE LA CAISSE NATIONALE DE L'ASSURANCE MALADIE DES TRAVAILLEURS SALARIES (CNAMTS)..... | 99 |
| OBSERVATIONS DE LA MISSION | 105 |
| LISTE DES PERSONNES RENCONTREES..... | 107 |
| ANNEXE 1 : SCHEMA DE FONCTIONNEMENT DU DPC..... | 113 |
| ANNEXE 2 : LES METHODES DE DEVELOPPEMENT PROFESSIONNEL CONTINU | 115 |
| ANNEXE 3 : TABLEAU DE CHIFFRAGE DU COUT DU DPC POUR NEUF PROFESSIONS. | 121 |
| SIGLES UTILISES | 123 |

RAPPORT

- [24] La mise en œuvre d'une obligation de formation continue propre aux professions de santé a suivi un cheminement long et heurté.
- [25] Une telle obligation, en sus du traditionnel impératif déontologique de perfectionnement et d'entretien des connaissances, fut instaurée pour les médecins libéraux par l'ordonnance n° 96-35 du 24 avril 1996. Un conseil national agréait notamment les programmes de formation. Il était prévu que le respect de cette obligation soit établi par une attestation recueillie auprès d'un conseil régional. Parallèlement, la convention médicale des généralistes du 26 novembre 1998 créait la formation professionnelle conventionnelle (FPC) gérée paritairement par le truchement de l'Organisme gestionnaire conventionnel (OGC).
- [26] La loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 a étendu l'obligation à l'ensemble des médecins ainsi qu'aux pharmaciens. Trois conseils nationaux de la formation médicale continue (CNFMC) – un pour les médecins libéraux, un deuxième pour les médecins hospitaliers et un troisième pour les médecins salariés non hospitaliers – composés principalement de professionnels – représentants de l'ordre des médecins, des syndicats médicaux, des universités de médecine et des organismes de formation – étaient chargés de définir les orientations prioritaires de formation, d'agréer les organismes formateurs et de fixer les règles de validation du respect par les médecins de leur obligation de FMC, à laquelle le manquement était passible de sanctions disciplinaires. Cette validation devait être effectuée par les conseils régionaux de la formation médicale continue dont le défaut de mise en place a privé l'obligation d'un mécanisme de sanction.
- [27] La loi n° 2004-806 du 9 août 2004 a étendu l'obligation à l'ensemble des professions de santé, abandonné le principe de sanctions disciplinaires et instauré l'évaluation des pratiques professionnelles.
- [28] La volonté de simplifier et de mettre en cohérence les divers dispositifs est à la source de la réforme inscrite dans la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (loi HPST).
- [29] Désormais, les professionnels doivent satisfaire à une obligation annuelle de développement professionnel continu (DPC), notion nouvelle qui recouvre à la fois l'acquisition de connaissances et l'évaluation des pratiques.
- [30] Les professionnels sont tenus de choisir une formation conforme à une orientation nationale, inscrite dans un arrêté du ministre de la santé, ou régionale, déterminée par une agence régionale de santé (ARS). Cette formation doit comporter une méthode et des modalités validées par la Haute autorité de santé (HAS). Cette formation est proposée et mise en œuvre par un organisme de développement professionnel continu (ODPC) qui a préalablement fait l'objet d'une évaluation favorable par des commissions scientifiques indépendantes. Le professionnel de santé n'est indemnisé et ne reçoit d'attestation de DPC que s'il suit une de ces formations référencées. Il est tenu d'adresser cette attestation, selon sa profession et son statut, à l'ordre professionnel, à l'agence régionale de santé ou à son employeur. Il renseigne en outre un bilan individuel d'activité chaque année et doit garder tout document attestant de l'effectivité du suivi de la formation.
- [31] La gestion du dispositif est assurée par un organisme unique qui est un GIP dénommé Organisme gestionnaire du développement professionnel continu (OGDPC). Créé le 1^{er} juillet 2012, il enregistre l'ensemble des organismes qui proposent des formations et qui ont fait l'objet d'une évaluation favorable par des commissions scientifiques indépendantes. Il finance les programmes de formation et indemnise les professionnels de santé libéraux dans des conditions qu'ils déterminent (les salariés demeurent rémunérés par leurs employeurs).

- [32] Le financement de l'OGDPC est assuré par une contribution des caisses nationales d'assurance maladie, une dotation de l'État et une quote-part d'une taxe sur l'industrie pharmaceutique.
- [33] Les mécanismes de formation continue de droit commun (FAF, OPCA...) restent en vigueur.
- [34] L'OGDPC attire depuis quelques mois de nombreuses critiques pour les difficultés à s'inscrire comme professionnel ou comme organisme de formation, pour les retards de paiement, pour les incertitudes sur la procédure d'enregistrement des organismes, etc.
- [35] C'est ainsi que par lettre du 1^{er} juillet 2013, la ministre des affaires sociales et de la santé demande à l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) « une appréciation détaillée de la manière dont l'OGDPC répond aux objectifs d'une formation de qualité » des professionnels de santé et qu'un contrôle soit diligenté à cette fin. Il s'agit plus précisément d'évaluer si « l'organisation et les compétences mobilisées permettent de répondre aux enjeux de la réforme de la formation continue des professions de santé », de vérifier que l'allocation des ressources est optimale et, enfin, de s'assurer que les bons moyens sont mis en œuvre pour prévenir les conflits d'intérêts. La mission a été confiée à Bertrand Deumié, à Philippe Georges et à Jean-Philippe Natali, stagiaire.
- [36] Très vite, la mission a constaté que les critiques portées contre les conditions de mise en œuvre de la réforme allaient, de l'aveu même de leurs auteurs, au-delà de la manière de travailler de l'OGDPC et mettaient en cause les principes mêmes de la réforme. Aussi, la mission a élargi son analyse à une évaluation du développement professionnel lui-même. Elle n'a pas pu, pour autant, procéder à un examen d'ensemble de la question de la formation continue des professions de santé qui aurait inclus notamment une appréciation des besoins actuels, des meilleures modalités pour y répondre et une analyse de l'impact de la formation continue sur les pratiques.
- [37] La mission a eu le souci de rencontrer le plus d'acteurs possible, mais, compte tenu de son champ élargi, l'accent a été mis sur les médecins. Ce sont eux, plus particulièrement les généralistes, qui formulent la contestation la plus profonde. Compte tenu de l'ampleur prise par la mission, il n'a pu être procédé à un examen de chacune des difficultés mentionnées par chacune des professions, notamment paramédicales, ni à l'analyse du coût des formations, variable importante du financement du DPC.
- [38] Au terme de ses investigations, la mission conclut à l'existence de nombreux dysfonctionnements dans la mise en œuvre du développement professionnel continu. Ces ratés ne révèlent cependant pas de manquements graves, *a fortiori* de fautes, de la part de l'OGDPC. La conception même de la réforme est en cause ainsi que la conduite de son application. La mission a eu le souci de dégager les voies qui évitent de construire un énième dispositif et qui permettent de sauvegarder les meilleurs principes de la réforme de 2009. À cette fin, elle a élaboré quatre scénarios bâtis à partir de l'impératif de laisser une part plus importante de la gestion d'un dispositif qui touche d'aussi près la vie professionnelle dans un domaine où toutes les solutions doivent se construire dans l'expérience.

1 LE CONTROLE DE L'OGDPC NE REVELE PAS DE MANQUEMENTS GRAVES MAIS DE NOMBREUX DYSFONCTIONNEMENTS

[39] Deux points de contrôle avaient été signalés à la mission comme méritant investigation : les frais de siège apparaissent élevés et les développements informatiques n'ont pas donné lieu à des marchés publics.

1.1 Le fonctionnement de l'OGDPC peut être amélioré

1.1.1 Le fonctionnement de l'OGDPC n'est pas strictement conforme à celui d'un GIP

[40] Si, sur le plan juridique, l'OGDPC est un groupement d'intérêt public, son fonctionnement n'apparaît pas conforme à sa nature sur, au moins, trois points :

- Son autonomie de décision par rapport à l'État est quasi nulle (cf. *infra* 2.1.3.2) alors que c'est l'objet même de la création d'une telle structure.
- Outre la confusion des rôles de tutelle et d'administration, le contrôle de l'Etat apparaît mal calibré. Le contrôleur général économique et financier (CGEFI) indique réaliser un contrôle « restreint » qui conduit notamment à contrôler uniquement les risques financiers des opérations de l'OGDPC pour l'État et non les actes de gestion comme les contrats de travail. Pourtant, l'article 13 de la convention constitutive et l'arrêté du 29 octobre 2012 portant soumission de l'OGDPC au CGEFI ne mentionnent que le contrôle général exercé par le CGEFI (décret du 26 mai 1955) et non une version restreinte de ce contrôle.
- Les instances représentatives du personnel sont pour l'instant composées de délégués du personnel, en héritage de l'OGC. Le décret n° 2013-592 du 5 avril 2013 relatif au régime du personnel applicable aux GIP crée trois instances : un comité technique (art. 10), une commission consultative paritaire (art. 18) et un comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (art. 27). Sachant qu'une circulaire du 17 septembre 2013 fixe le délai d'installation de ces instances à la fin de l'année 2014 (date de renouvellement des instances représentatives au sein de la fonction publique), la direction envisage de saisir un prochain conseil de gestion de la question du comité technique et de mettre en place dans un délai proche la commission consultative paritaire. Il importe que la tutelle veille à la création de ces instances, nécessaires dans une petite structure où les relations interpersonnelles peuvent limiter l'expression collective.

[41] La mission s'est interrogée, en conséquence, sur la pertinence du statut de l'OGDPC. Il lui est apparu que l'ampleur des difficultés à surmonter, voire l'orientation vers un autre schéma d'architecture, ne rendait pas opportune, dans l'immédiat, la modification de la nature juridique de l'OGDPC. En revanche le renforcement du contrôle du CGEFI constitue la contrepartie d'une véritable autonomie à accorder au GIP.

[42] Si l'on recherche en revanche à affirmer le rôle éminent de l'État, y compris dans le financement composé exclusivement d'une taxe, la création d'un service à compétence nationale pourrait être étudiée.

Recommandation n°1 : Assurer un contrôle complet du GIP par le CGEFI

1.1.2 L'impartialité et la représentativité des instances de l'OGDPC doivent être garanties

1.1.2.1 Les commissions scientifiques indépendantes doivent être et apparaître transparentes dans la gestion des liens d'intérêt

[43] Les membres des commissions scientifiques indépendantes (CSI), qui procèdent à l'évaluation des organismes de formation, sont soumis à une obligation d'indépendance dans l'examen des dossiers qu'ils examinent. Afin d'en attester, ils doivent produire une déclaration publique d'intérêt (DPI), mentionnant les liens éventuels qu'ils entretiennent avec les organismes dont les dossiers pourraient être soumis à une CSI (article L. 1451-1 du code de la santé publique – CSP).

[44] Les articles D. 4133-19 (médecins), D. 4236-19 (pharmaciens), D. 4143-19 (chirurgiens dentistes), D. 4153-19 (sages-femmes) et D. 4381-6-2 (paramédicaux) du code de la santé publique créent, en outre une incompatibilité entre les fonctions de membre d'une CSI et d'autres fonctions au sein des instances de l'OGDPC ou dans des organismes de formation.

[45] Or, d'après les données de l'OGDPC au 15 octobre 2013, seule une partie des DPI ont été collectées. Certes, selon l'OGDPC, les DPI non-collectées concernent principalement des membres suppléants (11 DPI manquantes pour 116 membres titulaires, soit 9 % contre 34 DPI manquantes pour 123 membres suppléants, soit 28 %) mais l'absence de certaines DPI, parfois due aux membres des CSI qui ne répondent pas aux relances de l'OGDPC, ne peut être tolérée dans la durée, d'autant plus si l'on envisage de faire siéger les suppléants pour diminuer les délais d'examen des dossiers (cf. *infra*).

[46] La mission s'est fait communiquer l'ensemble des DPI remplies par les membres des CSI, y compris les mentions non rendues publiques. Sur l'échantillon vérifié, la mission considère que les déclarations sont sérieusement remplies.

Tableau 1 : Collecte des DPI des membres des CSI

| CSI | Nombre de membres | Postes vacants | DPI à collecter | DPI collectées | % non collecté |
|---|-------------------|----------------|-----------------|----------------|----------------|
| Médecins | 77 | 1 | 76 | 64 | 16 |
| Pharmaciens | 42 | 0 | 42 | 36 | 14 |
| Sages-femmes | 24 | 1 | 23 | 17 | 26 |
| Chirurgiens-dentistes | 23 | 0 | 23 | 22 | 4 |
| HCPP | 73 | 1 | 72 | 54 | 25 |
| CSI sages-femmes: 3 titulaires nommées le 5 décembre 2013 | | | 236 | 193 | 18 |

Source : OGDPC, chiffres au 6 janvier 2014, calculs mission

[47] La composition des CSI peut donner lieu à une critique au regard des liens d'intérêts de certains de ses membres : en effet, de nombreux membres de CSI sont liés à des organismes de formation. Il peut s'agir de formateurs pour le Collège national des généralistes enseignants (CNGE), d'universitaires enseignant dans une université qui s'est déclarée ODPC ou de praticiens hospitaliers dont l'établissement est, lui aussi, devenu ODPC. Avant chaque séance et lors de l'attribution des dossiers d'instruction des demandes d'enregistrement, le secrétariat des CSI vérifie qu'une DPI a bien été produite par les membres présents et que ceux-ci ne présentent pas de liens d'intérêt avec l'organisme examiné. En cas de lien d'intérêt, les règlements intérieurs des CSI prévoient que le membre concerné se déporte lors de l'examen du dossier concerné.

- [48] Exclure tous les membres de la CSI présentant des liens d'intérêt avec un ODPC ne paraît pas très réaliste : il n'est pas certain que l'on puisse nommer suffisamment d'experts dénués de tous liens d'intérêt mais compétents dans les questions de formation. Comme l'a pointé un des interlocuteurs de la mission, « *un expert sans conflit est un expert sans intérêt* ».
- [49] La mission considère donc qu'il y a lieu, par une gestion des liens d'intérêts des membres des CSI, de ne pas les placer en situation de conflit d'intérêt. L'OGDPC doit donc disposer de l'ensemble des DPI afin de vérifier, au cas par cas, que le membre d'une CSI présentant un lien d'intérêt avec un organisme candidat à l'enregistrement ou désigné pour un contrôle (cf. *infra*) n'ait pas pris part à la décision.

1.1.2.2 Les membres des instances doivent également rendre leurs liens d'intérêt vérifiables

- [50] Les membres des instances de l'OGDPC sont soumis (articles R. 4021-3 et 4021-4 CSP) à la règle générale imposant de ne pas prendre part à une délibération en cas de lien d'intérêt prévue par le décret n° 2006-672 du 8 juin 2006¹ et à la règle particulière édictée par l'article L. 1451-1 CSP. Des incompatibilités identiques à celles des membres des CSI leur sont appliquées.
- [51] Dès lors, la vérification et la gestion des liens d'intérêt par l'OGDPC ne peuvent s'exercer que sur la base de déclarations publiques d'intérêt. Or, là encore, toutes les DPI n'ont pas été recueillies. C'est le cas, majoritairement, pour les membres suppléants ; mais, pour les seuls titulaires, 16 DPI sont manquantes pour le conseil de surveillance et 6 pour le comité paritaire. Ce constat conduit la mission à la même recommandation que pour les membres des CSI.

Tableau 2 : Collecte des DPI des membres des instances de l'OGDPC

| Instances | Nb de membres | DPI collectées | % non collecté |
|--------------------------------------|---------------|----------------|----------------|
| Conseil de Surveillance | 132 | 83 | 37 |
| <i>Médecins</i> | 28 | 17 | 39 |
| <i>Chirurgiens-dentistes</i> | 14 | 9 | 36 |
| <i>Pharmaciens</i> | 15 | 9 | 40 |
| <i>Sages-femmes</i> | 8 | 7 | 13 |
| <i>Paramédicaux</i> | 58 | 36 | 38 |
| <i>Employeurs</i> | 9 | 5 | 44 |
| Comité paritaire | 72 | 53 | 26 |
| <i>Médecins</i> | 19 | 14 | 26 |
| <i>Chirurgiens-dentistes</i> | 6 | 5 | 17 |
| <i>Pharmaciens</i> | 8 | 5 | 38 |
| <i>Sages-femmes</i> | 5 | 3 | 40 |
| <i>Pédicures-Podologues</i> | 6 | 5 | 17 |
| <i>Orthophonistes</i> | 8 | 4 | 50 |
| <i>Orthoptistes</i> | 5 | 5 | 0 |
| <i>Infirmiers</i> | 7 | 6 | 14 |
| <i>Massseurs - kinésithérapeutes</i> | 8 | 6 | 25 |

Source : OGDPC, chiffres au 6 janvier 2014, calculs mission.

¹ Notamment son article 13 qui prévoit que « Les membres d'une commission ne peuvent prendre part aux délibérations lorsqu'ils ont un intérêt personnel à l'affaire qui en est l'objet. La violation de cette règle entraîne la nullité de la décision prise à la suite de cette délibération lorsqu'il n'est pas établi que la participation du ou des membres intéressés est restée sans influence sur la délibération ».

Recommandation n°2 : Recueillir sous trois mois les DPI de l'ensemble des membres des instances et CSI de l'OGDPC. Déchoir de leur mandat et remplacer ceux refusant de fournir leur DPI

1.2 Les frais de siège pourraient être réduits à la marge

1.2.1 Des locaux repris de l'OGC pour un loyer dans la norme

- [52] L'OGDPC a repris les locaux utilisés par l'OGC depuis janvier 2011 au 93 avenue de Fontainebleau au Kremlin-Bicêtre. Les locaux loués à la SCPI *Elysées Pierre* étaient constitués de 621m² de bureaux et 12 places de parking, pour un loyer hors taxes et hors charges (HT HC) annuel de 157 230 €
- [53] L'OGC a signé deux avenants en avril et août 2011 pour louer 40 m² puis 20 m² de locaux à archives dans le même bâtiment, pour un surcoût de 4000 € et 2000 € HT HC. Les locaux à archives sont créés sur cinq emplacements de places de parking, les surcoûts sont liés à la création des locaux et non à la location de nouveaux espaces.
- [54] Le 22 juin 2012, l'OGC signe un nouveau bail commercial avec la SCPI *Elysées Pierre*, qui ajoute 635 m² au troisième étage (auparavant occupés par ERDF) et seize places de parking aux locaux déjà loués, pour un loyer annuel de 317 458 € HT HC, réévalué en 2013 à 322 005 € HT HC. Les locaux du troisième étage sont rénovés par l'OGDPC et facturés au bailleur 50 000 € HT. Le 8 août 2012, un avenant permet la substitution de l'OGDPC à l'OGC, sans changement des conditions du bail.
- [55] Les charges s'élèvent à 60 934 € annuels, les impôts fonciers à 36 173 € annuels et la taxe de bureaux 2013 à 6 366,44 € annuels. Le coût total de la location des espaces au 93 avenue de Fontainebleau est donc de 425 478 € annuels.
- [56] Le loyer des immeubles de bureaux au Kremlin-Bicêtre oscille entre 192 € HT/m² par an pour des locaux de seconde main et 320 € HT/m² par an pour des locaux de première main². Le loyer versé par l'OGDPC, hors locaux d'archives, est de 322 005 / (621 + 635) = 256,3 € HT/m² par an, ce qui se situe dans la moyenne des prix.

1.2.2 Des taux d'occupation assez faibles avant montée en charge

- [57] Les personnels de l'OGDPC n'occupent que le deuxième étage de l'immeuble, soit les 621 m² initialement loués par l'OGC (la norme de 12 m² par agent s'applique à la surface de bureau et exclut donc les salles de réunion). Trente quatre personnes physiques sont rémunérées par l'OGDPC, ce qui donne un ratio de 18,3 m² par agent, supérieur aux 12 m² prévus par l'administration des domaines.
- [58] Par ailleurs, l'OGDPC prévoit une augmentation du nombre de ses personnels en 2014, pour passer de 34 à 48 ETP. Si l'on fait l'hypothèse que le nombre de personnes physiques sera en 2014 égal à celui des ETP (comme en 2013), le ratio 2014 s'établira à 621 / 48 = 12,9 m² de surface de bureau par agent, ce qui est peu éloigné des standards des domaines.
- [59] Toutefois, l'OGDPC prévoit de réaménager une salle de réunion du troisième étage (la salle *Millepertuis*) en bureaux pour accueillir les nouveaux arrivants. Le ratio évoqué ci-dessus sera donc supérieur une fois cette transformation réalisée.

² Source BureauxLocaux.com, consulté le 4 novembre 2013, chiffres pour 2013

- [60] En ce qui concerne les salles de réunion, l'OGDPC a fourni à la mission des indications sur le nombre de réunions tenues (127 entre le 1^{er} janvier et le 22 novembre 2013) dans les quatre salles disponibles (88, 30, 28 et 24 places). En supposant que la réunion dure la journée entière, le taux d'occupation moyen d'une salle est donc de 14 % (calcul : 127 réunions / 228 jours ouvrés / 4 salles). Ce taux assez faible confirme le constat de la mission selon lequel les salles de réunion sont souvent vides et, même lorsque des instances se tiennent, elles sont largement dimensionnées. Toutefois, on note que le conseil de surveillance compte 96 membres, qu'il faut pouvoir réunir épisodiquement, ce qui nécessite une grande salle.
- [61] Les 23 places de parking disponibles sont utilisées pour 11 d'entre elles de manière régulière par les personnels de l'OGDPC et le reste de manière épisodique par les visiteurs et membres des instances de gouvernance de l'OGDPC. Si, comme aujourd'hui, un tiers du personnel devant être recruté dans les années à venir utilise une place de parking, 16 places seront mobilisées régulièrement.
- [62] *In fine*, rien d'excessif n'apparaît en premier abord mais deux points peuvent être améliorés :
- une négociation avec le bailleur et avec les autres occupants de l'immeuble permettrait de diminuer le nombre de places de parking louées si elles ne sont pas utilisées. Les gains à attendre d'une telle démarche sont marginaux ;
 - la question des salles du troisième étage, souvent vides et aménagées avec soin, nécessite une analyse plus poussée. Il n'est pas certain que l'OGDPC puisse se limiter à louer un demi-étage. Loger une partie des services appelés à se renforcer en 2014 (service du contrôle en particulier) ou le secrétariat des CSI au troisième étage permettra d'améliorer le taux d'occupation de ces espaces.

1.3 La politique salariale est inspirée du régime général de sécurité sociale

- [63] Trente quatre personnes (34 ETP) sont employées par l'OGDPC, pour une masse salariale annuelle brute de 1 440 110,34 €. Il est prévu qu'à terme le personnel de l'OGDPC augmente jusqu'à concurrence de 48 ETP, ce qui profitera en particulier au service du contrôle, de l'informatique et de la gestion administrative.

Schéma 1 : Organigramme et effectifs actuels de l'OGDPC

| Direction générale | | | |
|------------------------------------|---|-----------------------------|----|
| Communication | 3 | Gestion des CSI | 3 |
| Instances et relations extérieures | 3 | Moyens généraux et contrôle | 3 |
| Informatique | 2 | Gestion administrative | 11 |
| Statistiques 2 | 2 | Finances | 4 |

Source : OGDPC

Les personnels peuvent être soit des fonctionnaires, soit des contractuels³. Ces derniers sont pour la plupart issus de l'Assurance maladie, notamment de la CNAMTS.

³ Selon l'article 11.2 de la convention constitutive du GIP OGDPC, et en application du II de l'article 111 de la loi n° 2011-525 du 17 mai 2011, l'OGDPC doit proposer un contrat de droit public au personnel de droit privé repris de l'OGC. Cela concerne la majorité du personnel de l'OGDPC.

[64] Le budget de gestion administrative ne doit pas excéder 6 % du budget total de l'OGDPC, l'autre partie étant constituée du budget de financement du DPC. Cette obligation est respectée, en 2012 (5,14 millions d'euros de budget de gestion, soit 4,45 % du total) comme dans le budget prévisionnel 2013 (8 millions d'euros, soit 5,16 % du budget total de 155,1 millions). Le fonctionnement des CSI et autres instances est intégré au budget de gestion administrative et représente 2 millions d'euros en 2013.

[65] Pour 2014, le récapitulatif transmis à la mission le 19 décembre 2013 prévoit un budget de 196 millions d'euros dont 11 millions de budget de gestion administrative, soit 5,6 %. Du fait de l'importance des reports de 2012 et de 2013 (plus de 50 millions au total), les contributions des caisses nationales sont abaissées de 155,1 à 141,6 millions d'euros. La part des frais liés aux instances et aux CSI représente environ 50 % du budget de gestion, le reste étant réparti entre les frais généraux et les frais liés au contrôle.

Tableau 3 : Budget de gestion administrative pour 2014

| | |
|---|--------------------|
| Budget d'intervention | 185 232 512 |
| <i>Libéraux</i> | <i>158 932 512</i> |
| <i>Libéraux - Interprofessionnel</i> | <i>7 000 000</i> |
| <i>Médecins hospitaliers</i> | <i>19 300 000</i> |
| Budget de gestion administrative | 10 999 999 |
| <i>CSI</i> | <i>3 117 183</i> |
| Expertise des dossiers | 1 000 000 |
| Indemnisation pour perte de ressources | 650 000 |
| Frais de déplacement | 450 000 |
| Quote-part des frais de structure | 1 017 183 |
| <i>Autres instances</i> | <i>2 547 183</i> |
| Vacations | 930 000 |
| Frais de déplacement | 580 000 |
| Quote-part des frais de structure | 1 037 183 |
| <i>Contrôles</i> | <i>1 340 308</i> |
| Vacations | 242 053 |
| Frais de déplacement | 175 328 |
| Formation des contrôleurs | 32 619 |
| Quote-part des frais de structure | 890 308 |
| <i>Frais de structure généraux</i> | <i>3 995 325</i> |
| TOTAL CHARGES | 196 232 511 |
| Contribution annuelle des caisses nationales | 141 597 885 |
| Reports 2012 | 37 374 611 |
| Reports prévisionnels 2013 | 17 260 016 |
| Contribution annuelle de l'État | 0 |
| TOTAL PRODUITS | 196 232 512 |

Source : OGDPC

[66] La politique salariale de l'OGDPC est fortement inspirée du régime général : les salariés de l'OGDPC sont rémunérés selon la grille des personnels administratifs de la sécurité sociale et la directrice et le directeur-adjoint selon celle des praticiens-conseils de l'assurance-maladie.

- [67] L'équipe de direction comprend la directrice générale – déjà en fonction à la tête de l'OGC –, le directeur-général adjoint et l'agent comptable, qui est l'agent comptable de la CNAMTS.
- [68] Deux points ont retenu l'attention :
- Le directeur-adjoint exerce des fonctions propres dans certains domaines (CSI, statistiques, service des moyens généraux, politique de contrôle, suivi des projets informatiques, politique de formation) en sus de la suppléance générale de la directrice générale. Il pourrait être judicieux, au sein d'un GIP entre l'État et la CNAMTS, d'élargir les profils de l'équipe de direction, aujourd'hui entièrement « héritée » de l'OGC et fortement liée à la CNAMTS, afin d'accroître les capacités de management et d'affirmation de l'autonomie du GIP ;
 - Les responsabilités d'encadrement confiées aux personnels administratifs sont pour l'instant assez limitées : en dehors du service de gestion administrative (onze personnes), les cadres encadrent entre deux et quatre personnes.

1.4 Les développements informatiques ont été mal maîtrisés

1.4.1 Le choix initial du "tout informatique" a créé des contraintes ingérables pour l'OGDPC

- [69] Dès sa création, l'OGDPC a fait le choix de mettre en place une architecture technique ambitieuse, traitant l'ensemble de ses tâches de manière dématérialisée, qu'il s'agisse des relations avec les professionnels de santé, les organismes de formation, les commissions scientifiques indépendantes ou les partenaires institutionnels tels que les OPCA. Ceci répondait à une anticipation de traitements de masse de 2 500 organismes de formation pour plus de 100 000 professionnels, qui a bien eu lieu.
- [70] Ce choix, aujourd'hui très contesté par les utilisateurs du fait des dysfonctionnements d'une partie des systèmes informatiques (cf. deuxième partie du rapport), a fortement contraint la mise en place des systèmes d'information de l'OGDPC. Celui-ci s'est mis en recherche d'un prestataire lui assurant le développement d'une gamme étendue de services (site d'information « ogdpc.fr », extranet pour les professionnels de santé « mondpc.fr », intranet OGDPC, extranet pour les organismes de formation, extranet pour les CSI et extranet pour les autres instances) dans un délai très court.
- [71] Bien que les achats de services par l'OGDPC ne soient pas soumis au code des marchés publics, l'ordonnance n° 2005-649 du 6 juin 2005 prévoit des modalités de passation des marchés définies par l'acheteur en dessous des seuils fixés par voie réglementaire, applicables notamment aux « services informatiques et services connexes⁴ ». Pour ce qui concerne les GIP, l'article 7 I) 3° du décret n° 2005-1742 du 30 décembre 2005 fixe ce seuil d'application des procédures formalisées à 193 000 €HT.
- [72] La fourniture de la prestation informatique ayant généré un coût de 148 000 €HT pour le développement des applications et sites internet auxquels s'ajoutent 47 300 € HT d'hébergement annuel desdits applications et sites selon l'OGDPC, on se situe légèrement au dessus du seuil d'application des procédures formalisées (coût total de 195 300 € pour le développement et un an de fonctionnement).

⁴ Article 8, 7° du décret n° 2005-1742 du 30 décembre 2005

- [73] L'OGDPC estime⁵, par ailleurs, devoir appliquer aux marchés de prestations de services compris entre 20 et 200 000 €⁶ une procédure adaptée, à savoir la consultation avec publicité obligatoire.
- [74] *In fine*, du fait de l'urgence attribuée à ce projet, il n'y a eu ni consultation avec publicité, ni procédure formalisée (appel d'offres, procédure de droit commun). L'OGDPC avance deux arguments :
- « plusieurs prestataires ont été consultés avec comparatif de prix » ;
 - il n'y avait pas lieu à passation d'un marché public, la signature du contrat avec la société Kertios ayant eu lieu avant la création de l'OGDPC.
- [75] En ce qui concerne le deuxième argument, l'offre commerciale de Kertios a effectivement été signée le 28 juin 2012 par l'OGC – non soumis au droit de la commande publique – et non l'OGDPC, qui lui a succédé au 1^{er} juillet 2012. L'OGDPC a donc « hérité », par le truchement d'une convention de transfert, d'une prestation formellement achetée par l'OGC hors de tout cadre de commande publique.
- [76] La mission note que la consultation a été particulièrement rapide : l'offre du candidat retenu mentionne la réception des premiers cahiers des charges le 19 juin 2012 et le dernier le 28 juin 2012 pour un début d'exécution de la prestation le 2 juillet 2012. Par ailleurs, l'OGDPC avait une existence juridique depuis le 19 avril 2012 (date de l'approbation de sa convention constitutive) et pouvait réaliser cet achat.
- [77] La rapidité de développement du système informatique et la priorité donnée aux développements relatifs à l'enregistrement des organismes a été, selon l'OGDPC, imposée par les cabinets ministériels. Ceci afin de donner la possibilité aux organismes « historiques » de s'enregistrer et de programmer des sessions en mode transitoire dès la rentrée.
- [78] L'OGDPC juge ce délai de trois mois pour monter une telle infrastructure comme non raisonnable, mais a cherché à tenir l'objectif qui lui était imposé.

Tableau 4 : Récapitulatif des offres reçues par l'OGDPC pour la prestation de service informatique

| Candidat | Coût de développement | Coût d'hébergement annuel | Suite donnée |
|----------|---|---------------------------|---|
| Kertios | 148 000 | 47 300 | Retenu |
| Castelis | 134 000 | 44 360 | Rejeté, jugé incomplet (ne couvre pas les CSI et la comptabilité) |
| Entrecom | / | / | Désisté du fait du délai |
| Opencase | Réponse en taux journalier moyen et non sous forme de forfait | | Rejeté, jugé incomplet et non respect du délai |
| Overlap | / | 111 600 | Rejeté, prix élevé et "sur-qualité" (double hébergement) |

Source : OGDPC.

- [79] L'impossibilité déclarée par deux des offreurs de réaliser le projet dans les délais impartis aurait dû alerter l'OGDPC sur les risques pris par cette construction technique très ambitieuse et juridiquement contestable.

⁵ Manuel des procédures d'achat de l'OGDPC, p.11, version du 24 avril 2013

⁶ Il s'agit d'une erreur de lecture de l'article 7 du décret n° 2005-1742, mentionnée p. 9 du manuel des procédures d'achat. Les montants limite ont varié dans le temps à la baisse, passant de 210 000 € en 2005 à 193 000 € depuis 2010.

1.4.2 La remise en ordre des développements informatiques ne peut être que progressive

- [80] La signature rapide, par un OGC en toute fin d'existence, de la prestation de service de Kertios a permis à l'OGDPC de se soustraire aux impératifs de la commande publique. Mais cette précipitation générale explique aujourd'hui un certain nombre des dysfonctionnements du système informatique. Dénoncer le contrat actuel impliquerait toutefois une désorganisation forte de l'OGDPC, des coûts de rupture et des coûts de reprise des développements par un autre prestataire.
- [81] Dès lors, la mission préconise d'attendre la définition d'une orientation globale pour l'OGDPC (cf. troisième partie du rapport) et la sortie des textes réglementaires l'accompagnant pour définir les contours du système d'information de l'OGDPC et relancer la recherche d'un prestataire selon les formes prévues par l'ordonnance du 6 juin 2005.
- [82] Dans l'attente de cette refonte, il est nécessaire qu'une plus grande attention soit portée par les autorités de tutelle financière de l'OGDPC (agent comptable et CGEFI) au respect des procédures de marchés publics par cet organisme.

2 UNE REFORME AUX INCIDENCES MAJEURES QUI NE S'INSCRIT PAS DANS UN PROJET COHERENT ET FEDERATEUR

- [83] La réforme du dispositif de formation continue des professionnels de santé a considérablement remis en cause le cadre précédent et comporte de nombreux défauts. Les inévitables contestations qui en résultent ont été, de plus, alimentées par les conditions de sa mise en œuvre.

2.1 Des évolutions majeures, des vices cachés et des mauvais réglages

- [84] La réforme peut être caractérisée par trois évolutions qui provoquent une rupture par rapport au dispositif antérieur. Elle comporte aussi un certain nombre de vices cachés et traite imparfaitement de certains sujets.
- [85] La mission ne développe pas ici une description du nouveau système de formation continue des professions de santé : celui-ci est décrit par le schéma figurant en annexe 1.

2.1.1 Trois évolutions porteuses de remises en cause importantes

2.1.1.1 Une obligation généralisée gérée dans un cadre pluri-professionnel

- [86] Le DPC est une obligation pour vingt-deux professions tous statuts, tous modes d'exercice et toutes fonctions confondus (y compris les médecins de prévention)⁷.
- [87] Si le dispositif est encore bâti profession par profession et selon les modes d'exercice, un souci de pluri-professionnalité est toutefois manifeste dans la possibilité pour les organismes de formation d'avoir une activité qui « intéresse plus d'une profession de santé ».

⁷ Médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes, pharmaciens, infirmières, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, pédicures-podologues, puéricultrices, auxiliaires de puériculture, aides-soignantes, psychomotriciens, ergothérapeutes, diététiciens, manipulateurs de radiologie, techniciens de laboratoire, préparateurs en pharmacie, opticiens-lunetiers, prothésistes, audioprothésistes, orthésistes

- [88] De plus, les formations proposées à toutes les professions doivent être dispensées selon les méthodes et modalités validées par la Haute autorité de santé (cf. annexe 2). Ces méthodes sont variées, au nombre de vingt-huit. Elles vont du plus classique (journée de formation, congrès) au plus innovant (chemin clinique), parfois encore partiellement défini (patients traceurs).
- [89] Cette variété introduit une remise en cause des outils de formation utilisés par les organismes de formation « historiques » qui pouvaient ne pratiquer que quelques méthodes, principalement la session présentielle sur la base de programmes duplicables sur l'ensemble du territoire. Pour des petites structures, aux moyens limités, la maîtrise de nouvelles méthodes est un défi redoutable, surtout s'il est relevé par des sociétés à la surface plus importante. La contestation de l'ouverture du « marché » de la formation au secteur lucratif (cf. *infra*) s'alimente de ce foisonnement de méthodes pédagogiques.
- [90] À la place d'un organisme par profession régie par une convention avec l'Assurance maladie, c'est désormais un organisme unique qui gère – quoiqu'imparfaitement comme on le verra *infra* – le dispositif partiellement unifié.

2.1.1.2 L'ouverture à une multitude d'acteurs de la formation

- [91] La liberté accordée aux acteurs par la réforme vaut tant pour les organismes de formation que pour les professionnels.
- [92] Ces derniers disposent du choix de l'organisme auprès duquel ils souhaitent suivre une formation. Cette opportunité n'est pas sans poser la question, pour les salariés, de l'articulation avec le pouvoir de direction de l'employeur. Ce point est traité au point 3.2.6.
- [93] Tout organisme de formation peut demander à se faire enregistrer auprès de l'OGDPC. Il doit cependant faire l'objet d'une évaluation favorable préalable réalisée notamment à partir d'un programme de formation qu'il lui incombe de présenter.
- [94] L'élaboration de la réforme est parallèle à la mise en œuvre de la directive 2006/123/CE du 12 décembre 2006 relative aux services dans le marché intérieur, dite directive Bolkestein. Ce texte vise à supprimer les obstacles au commerce de services. Sa transposition devait être effectuée au 28 décembre 2009 et un débat s'est instauré sur le point de savoir si la formation dispensée aux professionnels de santé en relevait ou si la mise hors champ du texte des soins de santé emportait l'exemption de la formation. Il en a été tranché dans le sens de l'inclusion du DPC dans le champ de la directive et, aujourd'hui encore, certains contestent cette ouverture dans laquelle ils voient une menace sur la qualité de l'offre de formation, voire le risque d'une emprise de sectes sur certains pans de la formation.
- [95] Il apparaît à la mission que cette disposition du projet de loi a été examinée très attentivement au cours de l'élaboration du texte et qu'il a été considéré à bon droit que l'objet de la formation – les soins de santé – ne pouvait déteindre sur la nature de l'activité, cette dernière étant régie par la liberté d'entreprendre. Le texte de la directive 2011/24/UE du 9 mars 2011 définit dans son article 3 les soins de santé comme les services « fournis par des professionnels de santé aux patients pour évaluer, maintenir ou rétablir leur état de santé, y compris la prescription, la délivrance et la fourniture de médicaments et de dispositifs médicaux ». Si ces services fournis par les professionnels aux patients sont hors champ de la directive « Services », il n'en est pas de même des services de formation délivrés par des professionnels à d'autres professionnels de santé. Cette analyse ne saurait conduire évidemment à se détourner de l'objectif de qualité de la formation. Elle invite à le poursuivre en aval dans les procédures d'évaluation préalable puis de contrôle a posteriori des organismes (cf. *infra*).

2.1.1.3 Un financement public

[96] Le financement du DPC diffère notablement de ce qui existait auparavant en droit comme en fait. Les textes mentionnent quatre types de recettes :

- une contribution annuelle des caisses d'assurance maladie,
- une dotation de l'État,
- une fraction du produit de la contribution mentionnée à l'article L. 245-6 du code de la sécurité sociale (CSS),
- les contributions volontaires d'organismes publics ou privés autres que les établissements de santé.

[97] La contribution de l'article L. 245-6 CSS est assise sur le chiffre d'affaires des entreprises pharmaceutiques. Elle a été augmentée de 0,6 % en 2012 et ce produit est destiné exclusivement aux médecins libéraux, à ceux des centres de santé et aux médecins qui exercent dans des établissements de santé qui adhèrent à des organismes paritaires collecteurs [des financements de la formation professionnelle] agréés (OPCA) ainsi qu'à l'Association nationale pour la formation permanente du personnel hospitalier (ANFH) qui joue le même rôle pour les hôpitaux publics.

[98] Le premier budget, pour 2012, correspond à cette structure de recettes :

- contribution des caisses nationales : 44,6 millions,
- dotation de l'État : 2 millions (au titre de l'action 19 « modernisation de l'offre de soins » du programme 204),
- contribution de l'article L. 245-6 : 128 millions.

[99] La contribution des caisses est constituée des sommes issues du Fonds d'actions conventionnelles (FAC) de l'Assurance maladie qui finançaient les formations d'origine conventionnelle. Mais la somme va vers la formation des professions autres que les médecins.

[100] Les arbitrages budgétaires pour 2013 et les mécanismes juridiques utilisés vont accentuer l'écart par rapport au schéma de départ :

- la dotation de l'État disparaît,
- une contribution globale des caisses nationales est versée et constitue la recette unique de l'OGDPC,
- la contribution de l'article L. 245-6 CSS ne peut en effet être versée directement à l'OGDPC par défaut de disposition dans une loi de financement de la sécurité sociale⁸.

[101] Le même schéma de ressources vaut pour 2014.

⁸ En effet, l'article LO. 111-3 (III) du code de la sécurité sociale dispose que « l'affectation totale ou partielle d'une recette exclusive des régimes obligatoires de base de sécurité sociale [...] à toute autre personne morale ne peut résulter que d'une disposition d'une loi de financement ».

- [102] Les médecins ne retrouvent pas inscrits au budget de l'OGDPC ce à quoi ils croyaient avoir droit : le montant des sommes inscrites à leur bénéfice dans le FAC et le produit de la fraction de la contribution de l'industrie pharmaceutique⁹. Face à cette évolution, les syndicats portent une double contestation. En premier lieu, ils s'estiment victimes d'une rupture du contrat les liant à l'Assurance maladie dans la mesure où les fonds conventionnels ont disparu en tant que tels alors qu'il s'agissait de la contrepartie d'une modération de l'augmentation de la valeur des actes (en ce sens, on parle d'honoraires différés). En deuxième lieu, ils ne bénéficient pas intégralement de la recette issue de l'industrie pharmaceutique fondue dans les ressources de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés, sur lesquelles celle-ci opère une ponction pour financer le DPC. Ainsi, un dirigeant syndical évoque un « hold-up » sur les sommes dues aux médecins.
- [103] Enfin, les dotations budgétaires de l'OGDPC sont ajustées par la tutelle (DSS) afin de ne pas générer des réserves trop importantes en cas de sous-consommation.
- [104] Parmi toutes ces évolutions il faut noter que ce sont celles qui touchent à l'ouverture au marché et au financement qui bousculent le plus les acteurs et focalisent leur mécontentement.

2.1.2 Les vices de conception de la réforme

- [105] La réforme de 2009 souffre d'une absence de contenu d'une obligation qui n'a pas de sanction, d'un financement non programmé et d'une méconnaissance de certaines professions.
- [106] Il est vrai que cette réforme s'est éloignée de l'esprit initial de ses promoteurs qui était, selon les interlocuteurs de l'époque rencontrés par la mission, de faire du DPC un dispositif "de pointe", circonscrit et n'embrassant donc pas l'ensemble de la formation continue des professionnels de santé. Dès lors, le paysage de la formation continue aurait été séparé entre deux types d'organismes de formation :
- Quelques organismes auraient réalisé des formations validées au titre du DPC, après avoir été enregistrés auprès de l'OGDPC à la suite d'une évaluation par les CSI compétentes ; ils auraient distribué des formations respectant les méthodes définies par la HAS.
 - Les autres organismes enregistrés administrativement auprès de l'OGDPC mais non évalués par les CSI, auraient délivré des formations ne valant pas DPC. Ces formations auraient toujours pu bénéficier des financements publics.
- [107] De cette ambition initiale l'on est arrivé aujourd'hui à un DPC qui porte sur l'ensemble de la formation continue des professionnels de santé, qui a regroupé tous les fonds publics et qui est susceptible d'accaparer les autres sources de financement.

⁹ D'autant que l'article 10, 3° de la convention constitutive de l'OGDPC prévoit que cette ressource est "intégralement" versée pour le DPC des médecins libéraux, hospitaliers et exerçant dans des centres de santé conventionnés.

2.1.2.1 L'obligation de formation n'a pas de contenu

- [108] Aussi étonnant que cela puisse être, le contenu de l'obligation de DPC ne fait l'objet d'aucune définition dans la loi ou son décret d'application. L'article 59 se borne à mentionner les objectifs du DPC. Cette obligation peut être satisfaite par un programme de quelques heures qui portent sur un sujet sans rapport avec l'activité professionnelle du praticien comme par une formation universitaire s'étalant sur plusieurs années et portant sur le cœur de métier du professionnel... ou inversement. Dans ce dernier cas, il n'est pas indiqué si l'annualité de l'obligation s'apprécie au regard des heures de formation effectuées dans l'année ou si c'est l'obtention du diplôme qui vaut respect de l'obligation, ce qui exposerait le professionnel à être en contravention avec la loi alors qu'il accomplit un cursus plus long et plus exigeant qu'une formation de quelques heures suivies, le cas échéant, à domicile.
- [109] Ce manque d'étanchéité avec le reste du champ de la formation professionnelle financée par les OPCA et les FAF est préjudiciable à la bonne conduite des actions de formation et pose notamment la question de l'imputabilité ou pas, au sens du code du travail, des formations valant DPC.

2.1.2.2 La sanction du manquement n'est pas organisée

- [110] Quatre ans après l'énoncé de l'obligation et deux ans après la date de son entrée en vigueur, il n'est pas possible de déterminer la nature de la sanction encourue par le professionnel qui n'y satisfait pas. Les décrets propres à chaque profession se limitent à indiquer que l'ordre professionnel, l'agence régionale de santé ou, pour les salariés, l'employeur demandent au professionnel les explications du manquement et, selon les informations obtenues, proposent un plan annuel personnalisé de DPC. Le défaut de suivi de cette recommandation peut constituer un cas d'insuffisance professionnelle. Pour les professions médicales, il est précisé que cette notion s'entend au sens de l'article L. 4113-14 du code de la santé publique. Le renvoi à cet article qui instaure une mesure de suspension en cas d'urgence si le professionnel fait courir un danger grave paraît inadapté à la situation visée.
- [111] En outre, le manquement à l'obligation est formulé de manière générale sans que soit fait mention de situations de nature à le justifier (arrêt de travail pour maternité ou maladie, chômage, succession de contrats de courte durée...).
- [112] Ainsi traitée, la question de la sanction, au mieux, apparaît comme ne pas devoir se poser réellement, au pire, génère un sentiment d'insécurité.
- [113] Aussi, l'ordre des médecins attend un décret spécifique sur l'insuffisance professionnelle liée au défaut de DPC sans lequel il s'estime dans l'incapacité d'agir.

2.1.2.3 Le financement du DPC n'est pas assuré

- [114] Il n'a pas échappé aux différents acteurs que les crédits inscrits au budget de l'OGDPC ne sont pas à la hauteur du coût d'une formation continue dispensée à l'ensemble des professionnels de santé du pays.

- [115] Certes, il est possible d'objecter qu'eu égard au nombre de personnes ayant suivi jusqu'ici une telle formation, une montée en charge progressive de l'obligation justifie une somme inférieure au coût d'objectif. Mais il aurait fallu alors traduire en droit cette réalité en inscrivant dans la loi un calendrier de mise en œuvre de l'obligation. A défaut, la loi édicte une obligation d'application immédiate, et donc susceptible d'entraîner une sanction à court terme, pendant que, parallèlement, les pouvoirs publics ne dégagent pas les moyens de financer le respect par tous de l'obligation, comme s'ils ne croyaient pas à la force de l'obligation qu'ils ont instaurée.
- [116] Plus préoccupant, un calcul détaillé du coût du DPC pour les seules professions à la charge de l'OGDPC établit à 565 millions d'euros le coût d'une formation généralisée aux conditions actuelles de prise en charge, à comparer aux ressources actuelles de l'organisme gestionnaire, soit 155 millions d'euros (cf. annexe 3).
- [117] Encore s'agit-il ici du budget visible du DPC, à savoir ce que finance l'OGDPC pour neuf professions libérales (médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes, pharmaciens, infirmières, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, pédicures-podologues) et pour les médecins hospitaliers. Il faut ajouter à ce montant le coût du DPC des autres professionnels, principalement les salariés dont les dépenses sont fondues dans les budgets des établissements qui les emploient ou des OPCA auxquels ces établissements adhèrent. A défaut de prendre en compte la totalité de la dépense, il faudrait tenir compte de l'accroissement du nombre de personnes accomplissant l'obligation de DPC. La mission n'a pas disposé des éléments de chiffrage pour établir ce coût mais, compte tenu du nombre de personnes concernées, soit environ 1 500 000 personnes, il est permis d'estimer que le coût intégral d'un DPC, toutes professions et tous statuts confondus, dépasse le milliard d'euros.
- [118] Compte tenu des contraintes budgétaires, la mise en œuvre de l'obligation de DPC pour l'ensemble des professionnels de santé semble donc hors de portée. Sauf à circonscrire les contours de l'obligation, ce qui, on l'a vu, n'a pas été fait, ou à redéfinir les forfaits et l'implication financière des pouvoirs publics (cf. *infra*).

2.1.2.4 La méconnaissance des particularités d'exercice des professions et, en leur sein, des statuts

- [119] La diversité des statuts des professionnels, la disparité de poids démographique et donc de capacités d'organisation et les différences d'organisation des professions ont exposé l'OGDPC à gérer des procédures très différentes. Or, de par son origine – un organisme dédié au monde libéral – l'OGDPC est victime d'un tropisme. Les procédures propres au monde hospitalier ont été négligées et nombre de leurs représentants ont dénoncé une organisation qui ne tient pas compte de leur mode de fonctionnement et les obligent à revoir en profondeur leurs procédures.
- [120] Les médecins salariés de prévention (PMI, santé scolaire, médecine du travail) se heurtent, de leur côté, à des obstacles qui n'ont pas été étudiés au moment de l'élaboration de la loi. Qu'ils ne relèvent d'aucun OPCA ou que leur OPCA n'ait pas signé de convention de financement avec l'OGDPC, leurs demandes de formation entrent en concurrence avec celles des autres catégories de personnel de la structure où ils travaillent. En conséquence, ils s'exposent soit à un risque de conflit avec leurs collègues si priorité est donnée au DPC du fait de son caractère obligatoire, soit à ne pas satisfaire à leur obligation. Ces médecins n'ont pas d'accès au site « mondpcc.fr » et s'estiment, en l'absence de financement spécifique, soumis à la pression de leur employeur dans le choix des formations.

- [121] La profession des biologistes n'a pas été considérée dans son unité fonctionnelle mais a reçu un traitement fondé sur la dualité de cursus de formation initiale. Ainsi, l'examen des dossiers d'organismes de formation est éclaté entre la CSI des médecins et celle des pharmaciens.
- [122] *In fine*, le seul point d'accord qu'a noté la mission porte sur ce qui est l'innovation majeure de la réforme à savoir l'unification de l'acquisition des connaissances et de l'analyse des pratiques. Cet acquis paraît devoir être préservé pour la quasi totalité des personnes rencontrées.

2.1.3 Les mauvais réglages

- [123] Deux considérations ajoutent aux vices de construction pour renforcer la défiance des acteurs. Elles portent sur le processus de garantie de la qualité des formations offertes et la gouvernance du dispositif.

2.1.3.1 La procédure d'assurance-qualité des formations

- [124] Tout organisme de formation peut se faire enregistrer auprès de l'OGDPC. Il s'agit d'une formalité administrative, le terme de formalité n'impliquant pas la simplicité. Mais, pour que le suivi d'un programme proposé par un organisme vaille accomplissement de l'obligation de DPC, il faut que cet organisme fasse l'objet d'une évaluation favorable. Celle-ci est effectuée par une commission scientifique indépendante sur la base d'un dossier qui comporte notamment un programme de DPC, parfois appelé, de façon péjorative, « programme vitrine ». Tous les cinq ans l'évaluation d'un organisme doit être actualisée.
- [125] Cinq commissions ont été créées sur une base professionnelle (médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes, pharmaciens, professions paramédicales). Les membres de ces commissions sont nommés par les conseils nationaux professionnels et le collège de médecine générale pour ce qui est des médecins. Des représentants du ministre chargé de la santé peuvent participer avec voix consultative aux séances de ces commissions.
- [126] Deux critiques sont principalement formulées à l'encontre de cette procédure :
- Sur le plan théorique, nombre d'acteurs contestent la pertinence d'évaluer des organismes, non des formations, comme cela se pratiquait auparavant.
 - Sur le plan pratique, le nombre de dossiers en instance et la capacité de traitement par les commissions sont tels qu'il est impensable d'avoir rapidement une évaluation de l'ensemble des organismes demandeurs, sous peine d'un travail bâclé.
- [127] En effet, au 30 septembre 2013, 7 organismes seulement étaient enregistrés, 2 146 avaient déposé une demande d'enregistrement en bonne et due forme, 1 534 étaient identifiés par une démarche qui n'avait pas encore conduit à déposer une demande. Les premières commissions scientifiques indépendantes qui ont commencé à travailler ont étudié au mieux une vingtaine de dossiers en une séance. À raison d'une séance par mois, compte tenu de la disponibilité des membres des commissions, compte tenu qu'un même organisme peut être évalué par plusieurs commissions, et même si le rythme d'examen est appelé à croître, avec l'expérience, ce sont plusieurs années qui seraient nécessaires à l'évaluation de tous les organismes.

- [128] Ces critiques sont d'autant plus vives que l'ouverture du champ de la formation à tout type d'organismes fait craindre l'arrivée d'organismes travaillant sous l'influence des industries de santé ou travaillant avec un objectif uniquement mercantile. L'enregistrement des hôpitaux ou des universités qui ont, certes, un savoir-faire en matière de formation mais n'offrent pas nécessairement de garanties pédagogiques dans certains domaines, comme la médecine de premier recours, est une autre source d'inquiétude pour certains représentants des médecins généralistes.
- [129] L'inclusion dans les méthodes de la HAS de formules moins axées sur la présence des auditeurs et permettant le recours aux outils d'Internet (*e-learning*), attirantes par leur coût moindre et par la facilité d'emploi, mais moins garantes, aux yeux de certains acteurs, d'un sérieux dans le suivi, alimente le questionnement sur la qualité des formations.
- [130] Curieusement la composition des commissions ne fait pas l'objet de critiques. Pourtant, les règles de désignation de ses membres n'en garantissent pas nécessairement l'indépendance. C'est particulièrement vrai pour la commission des médecins, qui sont nommés sur proposition des conseils nationaux professionnels et le collège de médecine générale, organisations composites qui représentent toutes les facettes d'une profession (sociétés savantes, organismes de formation, syndicats...) et n'ont donc pas spécifiquement une vocation scientifique. On retrouve chez les sages-femmes, les pharmaciens et les paramédicaux une composition à base de représentation des types d'exercice et non fondée sur la compétence scientifique ou pédagogique des membres. Du fait probablement d'une plus grande homogénéité des modes d'exercice on ne trouve pas le même tropisme dans la commission des chirurgiens-dentistes. Or, si la participation de toutes les composantes d'une profession à la conduite de la politique de formation continue est légitime, elle doit passer par une instance comme le conseil de surveillance, non par un organe à mission technique.
- [131] Mais la procédure d'assurance-qualité ne se réduit pas à l'évaluation a priori des organismes. S'y ajoute un contrôle a posteriori des organismes par l'OGDPC. Celui-ci disposera du bilan d'activité que chaque organisme de DPC est tenu de lui transmettre chaque année ainsi que du questionnaire de satisfaction que doit remplir le professionnel à l'issue de sa formation.
- [132] La sanction d'un contrôle est la fin d'enregistrement de l'ODPC. Elle semble dissuasive pour être mise en œuvre contre un organisme qui aurait dans son portefeuille une ou quelques formations de mauvaise qualité. D'ailleurs les motifs de sanctions qui sont énumérées (article R. 4021-29 du code de la santé publique) portent sur des déficiences administratives (exercice d'activité autre que celle déclarée à l'enregistrement, non fourniture du bilan annuel, non déclaration de modifications de nature juridique ou relatives à l'activité ou aux programmes). Et l'existence d'un « notamment » à l'entrée de cette liste de motifs constitue une base fragile pour infliger une sanction pour un autre motif. Aucune procédure intermédiaire, passant par une demande d'explications n'a été prévue. Aucun texte ne prévoit par exemple la possibilité pour l'OGDPC d'envoyer des mises en demeure aux ODPC.

Recommandation n°3 : Instaurer une procédure de mise en demeure à l'initiative de l'OGDPC à l'encontre des organismes de formation à la suite d'un contrôle

2.1.3.2 Complexité institutionnelle et gouvernance éclatée

- [133] Un conseil de gestion, composé de 24 membres¹⁰ et présidé par un des membres représentant l'État ou l'Assurance maladie, exerce les fonctions traditionnelles d'un conseil d'administration : vote du budget, autorisations d'acquisitions et de locations immobilières, approbation de conventions, fixation des conditions générales d'emploi du personnel, etc. Un conseil de surveillance réunit tous les acteurs du système de santé – soit 96 personnes – et a pour fonction générale de tirer le bilan annuel du DPC, d'éclairer le ministre sur la qualité et l'efficacité du dispositif, de contrôler l'utilisation des sommes engagées et de promouvoir le DPC. Un comité paritaire (professionnels/État et Assurance maladie), subdivisé en sections correspondant aux professions de médecin, chirurgien-dentiste, de sage-femme, de pharmacien et aux professions paramédicales¹¹, détermine les forfaits de prise en charge des coûts de formation. Des commissions scientifiques, on vient de le voir, complètent cette architecture.
- [134] Un directeur anime les services et un contrôleur économique général et financier assure le contrôle pour le compte du ministre du budget.
- [135] On ne peut nier la complexité apparente d'une organisation dont on voit qu'elle a pour but de concilier de nombreux points de vue : large représentation des acteurs (ce qui n'empêche pas les récriminations de ceux qui s'estiment sous représentés ou de ceux qui ne sont pas mentionnés), maintien de mécanismes paritaires, cohabitation de fonction de pilotage, de gestion financière, d'études, etc.
- [136] On ne peut méconnaître toutefois la limite de ces critiques. La simplification passerait en partie par l'allègement des structures et donc une moindre représentation des acteurs. On imagine les protestations qui émaneraient d'une telle tentative.
- [137] Ce qui, en revanche, est patent est la multiplicité des pôles de décision sans qu'une claire hiérarchie permette de déterminer le « patron », cette situation ayant été accentuée, comme on le verra, par le comportement des acteurs.
- [138] Le conseil de gestion voit toutes ses décisions encadrées par la tutelle. Il est intéressant de noter l'abus du mot « arbitrage » pour désigner les décisions qu'en droit les pouvoirs publics ne peuvent prendre mais qu'ils imposent au conseil de gestion qui les entérine plus qu'ils ne les élaborent. A titre d'exemple, on peut noter que le budget est élaboré par les services ministériels ; de même ont été déterminées par l'État la dotation versée à l'ANFH ainsi que les évolutions du forfait de dépenses des médecins. Le GIP apparaît comme un simple service ministériel.
- [139] Ainsi, la gouvernance se caractérise par la multiplicité des pôles de décision et l'absence d'un « patron politique ».

2.2 Une conduite de projet désastreuse

- [140] Mal conçue, la réforme a été mise en œuvre dans de mauvaises conditions : méconnaissance des comportements des acteurs, dirigisme, centralisation, ignorance des contraintes de la gestion.

¹⁰ Six représentants de l'État, six de l'UNCAM, douze professionnels de santé siégeant au bureau du conseil de surveillance

¹¹ Soit 92 membres

2.2.1 Rigidités et délais comprimés

[141] L'OGDPC a dû mettre en place un dispositif très réglementé, de ce fait à la fois rigide et tardivement élaboré. Ce qui n'a pas empêché les attermoissements. Il a accru ses difficultés en faisant le choix du « tout informatique » dans des délais trop serrés.

2.2.1.1 Un cadre juridique trop rigide mais aussi chaotique

[142] Le dispositif du DPC est inscrit dans un ensemble juridique volumineux : une loi, treize décrets, vingt-quatre arrêtés (dont trois abrogés). Certes, sur cet ensemble de trente-huit textes, onze ne sont que des arrêtés de nomination.

[143] Ce corpus juridique néanmoins abondant soumet le DPC à une gestion administrée, comme on parle d'économie administrée. Ainsi, il est prévu un arrêté du ministre de la santé pour définir un modèle d'attestation délivré par un ODPC à un professionnel justifiant de sa participation à un programme de DPC (arrêté du 25 juillet 2013) ou déterminer le modèle du rapport d'exécution annuel de l'OGDPC (arrêté à venir).

[144] Cette situation présente deux inconvénients :

- Par confusion des ordres du droit et de la gestion, nombre de règles apparaissent relever de décisions pratiques et non de normes juridiques. Or, leur inscription dans un texte fige la gestion. Ainsi en est-il des périodes pendant lesquelles un organisme de formation doit déposer sa demande d'enregistrement comme ODPC (fenêtres d'inscription) dont on ne voit pas l'utilité, mais dont tous les acteurs perçoivent la lourdeur et le caractère bureaucratique.
- Le processus réglementaire est par nature long. Ce qui est un gage de sécurité sur le plan juridique devient un handicap sur le plan de la gestion. De plus, il est centralisé. La décision est concentrée sur un petit nombre de décideurs et donc soumise à un jeu de pressions qui en retarde l'élaboration. Trop de décisions remontent ainsi au cabinet du ministre, comme la hausse du forfait attribué aux médecins ou, pour les mêmes médecins, l'exclusion du forfait des formations de formateurs et de maîtres de stage.

[145] C'est ainsi que pour un dispositif prenant effet au 1^{er} janvier 2012 six décrets sont datés du 30 décembre 2011 et cinq du 9 janvier 2012. Des arrêtés réglant des questions concrètes mais importantes ont été publiés ultérieurement comme celui relatif à la grille d'évaluation des organismes qui n'est paru que le 26 juillet 2013.

[146] Il appartient à tous les acteurs, y compris aux professions de santé, de ne pas chercher à inscrire nécessairement dans un texte la réponse à une question mais de réserver une marge de liberté aux gestionnaires.

[147] Cette mécanique ne garantit pas pour autant contre les remises en cause. Un certain nombre de dispositions, sous le feu de la critique, ont été modifiées avant même leur mise en œuvre obligeant à de nouvelles adaptations des procédures et alourdissant la charge de travail de création du système d'information. Ce fut le cas pour la composition de la CSI des médecins.

[148] Enfin, on note que plusieurs décisions de gestion sont restées inexploquées, causant incompréhension et insatisfaction parmi les professionnels et les organismes de DPC. Ainsi de la variation du montant des forfaits des médecins et l'inscription de formations en dehors du quota prévu pour chaque profession.

2.2.1.2 Le choix du « tout informatique » dans des délais serrés

- [149] Le choix d'imposer une procédure exclusivement informatique, sans possibilité aucune au recours au papier, a ajouté à la rigidité. Dans le délai trop court d'application de la réforme, il n'a pas été possible de tenir compte des besoins des utilisateurs ni de procéder aux tests nécessaires de nouveaux logiciels.
- [150] La mission a pu constater, derrière écran, les multiples imperfections du système.
- Créer son compte sur le site « mondpf.fr » est une opération laborieuse pour le professionnel de santé : aucune indication n'est donnée sur les caractéristiques du mot de passe, ce qui conduit à refaire l'opération s'il n'est pas conforme ; l'adresse professionnelle est celle prise en compte pour l'envoi de document car l'adresse personnelle qui est demandée n'est valide que pour les retraités. Des informations inutiles sont demandées, comme la spécialité exercée. Des demandes peuvent prendre un caractère superfétatoire : on demande ainsi à la fois au professionnel de renseigner un numéro IBAN et de fournir un RIB sur lequel ce numéro figure. Il est demandé à plusieurs reprises d'indiquer le caractère libéral de l'activité. Aucun accusé de réception n'est délivré à la fin de l'opération. Il n'est pas possible à un « hospitalier » de créer un compte.
 - Une fois le compte créé, le professionnel recherche sur la partie publique du site un nom d'ODPC. Mais il lui faut connaître le nom exact sous lequel il y a été intégré et toute approximation, y compris sur la casse, empêche de le retrouver. De même, la recherche d'un programme de formation implique d'en connaître l'intitulé précis. Le professionnel visualise des sessions, qui correspondent à des unités de lieu ou de temps (ou les deux) et non des programmes. Un programme pluri-annuel, selon le site, n'est pas un programme qui s'étale sur plusieurs années mais un programme reconduit chaque année. Il n'est pas possible de savoir si la formation a un caractère présentiel ou non. Ce n'est qu'en toute fin d'opération, que le professionnel a connaissance des horaires auxquels se déroule la formation. Quand il a validé sa participation à une formation, il ne reçoit aucune information en retour. Le site peut mentionner, à la fin du parcours de formation, le paiement par l'OGDPC de l'organisme de formation et l'indemnisation du professionnel, alors que ce n'est pas encore effectif.
 - Le site comporte nombre d'informations inutiles pour le professionnel comme la mention « prix de vente du programme » ou « forfait pris en charge par l'OGDPC ». Avec d'autres mentions insuffisamment claires (présentation des programmes par « orientation » ou par « approche », juxtaposition de notions comme « programme », « session », « étape »). Le site est peu lisible.
 - Du point de vue de l'ODPC, il n'y a pas d'accusé de réception de la facture qu'il adresse et pas d'information sur le délai de paiement et le cours de traitement de cette facture.
- [151] Ainsi, nombreuses sont les occasions – qui ne sont pas toutes répertoriées ici – de buter dans les opérations que doit accomplir le professionnel. *A fortiori* lorsque celui-ci est peu familier de l'outil informatique voire ne dispose pas d'un accès à Internet, toutes réalités concrètes dont il n'a pas été tenu compte. Les ODPC ont signalé à la mission la lourde charge qui avait été la leur pour accompagner les professionnels dans leurs démarches (de fait, pour réaliser ces démarches pour leur compte) et la tension qui en avait résulté pour leur personnel administratif, parfois agressé par des « usagers » mécontents.
- [152] On comprend alors que le système d'information de l'OGDPC, construit à la hâte, concentre une bonne part des récriminations contre le DPC.

2.2.1.3 Les retards de paiement des professionnels et de organismes

[153] L'objectif de l'OGDC est de régler la facture présentée par un organisme de formation sous trente jours puis d'indemniser le professionnel de santé dans les quinze jours qui suivent, l'ensemble du cycle financier s'étalant ainsi sur quarante-cinq jours. Il s'agit des normes que s'imposait autrefois l'OGC.

[154] Les données constatées en 2013 montrent que ces « normes » sont très inégalement respectées :

- Le délai d'indemnisation d'un professionnel est de 34 jours en moyenne après paiement de l'organisme. C'est une moyenne qui masque des écarts importants puisque, si le délai est de 18 jours pour les masseurs-kinésithérapeutes, il s'établit à 61 jours pour un orthophoniste. Les médecins connaissent un délai proche de la moyenne (33 jours). La distribution des effectifs globaux selon le temps de paiement montre que l'OGDPC n'est pas en mesure actuellement de tenir son objectif pour la très grande majorité des professionnels.

Tableau 5 : Répartition des effectifs de professionnels de santé selon le délai de paiement de leur indemnisation (en 2013)

| Délai | Pourcentage de professionnels |
|----------------------------|-------------------------------|
| Inférieur à 16 jours | 9 % |
| Entre 16 jours et 30 jours | 49 % |
| Entre 31 et 45 jours | 24 % |
| Entre 46 et 60 jours | 3 % |
| Supérieur à 61 jours | 16 % |

Source : OGDPC

- Les délais de paiement des organismes de formation sont meilleurs puisque ceux-ci sont payés dans un délai moyen de 36 jours, proche donc de la « norme » de l'OGDPC, avec, cependant, des écarts importants : le délai est de 27 jours pour les ODPC qui œuvrent chez les orthophonistes, et de 49 jours chez ceux qui interviennent auprès des chirurgiens-dentistes. Pour les ODPC qui s'adressent aux médecins ce délai est, là encore, proche de la moyenne (32 jours). Ainsi que l'indique le tableau ci-dessous, une petite moitié seulement des ODPC bénéficie d'un règlement sous trente jours.

Tableau 6 : Répartition des effectifs d'organismes de formation selon le délai de paiement des frais pédagogiques (en 2013)

| Délai | Pourcentage d'organismes |
|----------------------|--------------------------|
| Inférieur à 16 jours | 13 % |
| Entre 16 et 30 jours | 31 % |
| Entre 31 et 45 jours | 31 % |
| Entre 46 et 60 jours | 13 % |
| Supérieur à 61 jours | 12 % |

Source : OGDPC

- [155] Deux caractéristiques affectent structurellement le nouveau processus de paiement par rapport à l'ancien. D'abord, le professionnel est indemnisé après que l'organisme a été payé, ce qui éloigne le moment où le professionnel perçoit son indemnisation de la fin de sa formation. Or, précédemment, le professionnel était payé avant l'organisme. Cette inversion tient au mécanisme du forfait attribué à chaque professionnel. L'OGDPC doit s'assurer que le professionnel « rentre » toujours dans son forfait avant de régler l'organisme. Ensuite, un programme de DPC s'étend sur plusieurs mois puisqu'y sont inclus la phase d'évaluation des besoins en amont de la formation puis celle d'évaluation de la formation effectuée en aval. Il y a donc un décalage qui s'est accru entre la fin de la formation présentielle – qui constitue le point de départ psychologique du délai de paiement – et la fin du cycle entier de DPC. On a là un bel exemple de rigidification du dispositif de formation : autrefois, comme déjà indiqué, la production de la feuille de présence déclenchait l'indemnisation du professionnel qui n'avait à produire qu'une feuille de soins pour communiquer les modalités de paiement. Aujourd'hui c'est la facture de l'organisme et les justificatifs qui doivent y être joints qui permet l'indemnisation des professionnels, de ceux, au moins, qui ont fourni leur relevé d'identité bancaire.
- [156] À ces caractéristiques propres au dispositif du DPC s'ajoutent des difficultés conjoncturelles de gestion. Plusieurs mesures ou évolutions sont, toutefois, de nature à améliorer la situation : le renforcement de l'équipe de gestion administrative, le suivi d'indicateurs de gestion, la sensibilisation des ODPC sur la qualité des dossiers de facturation (en 2013 41 % de ces dossiers ont été retournés au premier envoi), la stabilisation de l'outil informatique, la possession du nombre de RIB de professionnels (il en manquait 25 % en 2013), le décompte en temps réel de l'enveloppe dont disposent les professionnels.
- [157] Dans un contexte de réglementation parfois tatillonne il conviendra de veiller à simplifier les démarches sans perdre de vue l'objectif de la maîtrise du risque financier.
- [158] Le changement des règles, sans doute, insuffisamment expliquées et comprises, et les difficultés à les mettre en œuvre ont créé des mécontentements dont le tour parfois très vif a provoqué des tensions chez les personnels de l'OGDPC comme ceux des ODPC qui sont venus en soutien.

2.2.2 Un pilotage confus

- [159] L'État exerce deux fonctions par l'intermédiaire de la direction générale de l'offre de soins (DGOS) et de la direction de la sécurité sociale (DSS) : il est tuteur de l'OGDPC et il en est acteur notamment comme membre de son conseil de gestion. L'articulation de ces deux rôles antinomiques – l'un veille au respect des textes quand l'autre, sans bien sûr s'en affranchir, doit rechercher la souplesse de leur application – est d'autant plus délicate à obtenir que les rôles sont tenus par les mêmes personnes.
- [160] À rebours, une dualité de tutelle est préjudiciable à la bonne marche de l'organisme. Or, à l'administration, s'ajoute le cabinet du ministre qui, en opportunité, peut être amené à prendre des décisions qu'il aurait été préférable que le gestionnaire prenne en première intention s'il avait disposé d'une marge de manœuvre et n'avait pas été soumis à une tutelle trop précise.
- [161] Cette dualité de tutelle reposant sur des préoccupations de nature différentes a trouvé son expression paroxystique avec l'instauration d'un groupe de contact afin de résoudre un certain nombre de difficultés d'application. Il a tenu quatre réunions et a réuni outre l'OGDPC, les directions d'administration compétentes, les syndicats de médecins libéraux et de centres de santé et, de fait, compte tenu des personnes présentes, des représentants des organismes de formation liées auxdits syndicats.

- [162] S'il a pu déminer un certain nombre de sujets, il ne pouvait compte tenu de la nature des oppositions de fond à la réforme et des difficultés pratiques relevant de la gestion d'un système d'information, aller beaucoup plus loin. Il est plutôt signe d'une malfaçon du dispositif que force de substitution à une défaillance de l'OGDPC. Il a, en outre, provoqué les réactions d'autres professions, mécontentes de ce traitement particulier.
- [163] Faire avec la même équipe qui avait donné satisfaction dans la gestion du dispositif conventionnel pouvait apparaître comme une mesure de bon sens. À condition de lui donner les délais utiles. Dans ceux qui ont été imposés, il aurait fallu, à tout le moins, renforcer l'équipe.

2.2.3 Un « choc de cultures », une absence d'adhésion

- [164] Telle qu'elle a été conçue, la réforme oppose deux univers : celui d'une part, d'un droit public élaboré de manière unilatérale par une administration qui détient le pouvoir d'édicter les normes, même si les textes peuvent être précédés d'une concertation approfondie et si certains d'entre eux peuvent être dictés par telle ou telle organisation. Ces normes sont inscrites dans une hiérarchie contraignante de textes (loi, décret, arrêté) qui contiennent des dispositions très précises relevant parfois plus de la disposition de gestion que de la norme (on le verra *infra* avec certains arrêtés). D'autre part, les syndicats avaient géré jusqu'ici leur dispositif de manière paritaire, prenant part directement à la décision. De plus, le cadre étant souple, il s'accommodait d'assouplissements que ne formalisait aucun texte.
- [165] Dans ce contexte, les ratés de mise en œuvre, se traduisant par des difficultés très pratiques pour les utilisateurs, n'ont pu que cristalliser des oppositions à une réforme dont la mission a indiqué qu'elle remettait en cause des équilibres importants.
- [166] Les propos tenus à la mission par nombre d'acteurs accréditent l'idée d'une perte de confiance dans le dispositif. Du découragement de ceux qui se sont engagés dans la réforme à l'attente de l'échec pour ceux qui y sont le plus hostiles en passant par le scepticisme, les attitudes sont multiples mais en majorité peu mobilisatrices.
- [167] Cependant, les données sur le nombre de personnes inscrites auprès de l'OGDPC et sur le nombre de celles formées n'accréditent pas l'idée d'un échec.
- [168] Fin 2013, la proportion de professionnels qui se sont inscrits sur le site « mondpc.fr » s'étage de 23 % pour les paramédicaux, 30 et 31 % pour les chirurgiens-dentistes et les médecins à 71 % et 82 % pour les sages-femmes et les pharmaciens.
- [169] Pour ce qui est de la formation, la mission n'a disposé de chiffres que pour les professionnels en gestion directe de l'OGDPC et il s'agit de données provisoires puisqu'elles se rapportent notamment à des dossiers qui n'avaient pas fait l'objet d'un règlement au 31 décembre 2013. Il apparaît que les taux de réalisation des objectifs d'effectifs ayant accompli leur DPC en 2013, très variés, s'étagent de la façon suivante : 29,04 % pour les orthophonistes, 60,86 % pour les orthoptistes, 74,66 % pour les pédicures-podologues, 78,31 % pour les chirurgiens dentistes, 86,68 % pour les sages-femmes 112,90 %, pour les masseurs-kinésithérapeutes, 140,59 % pour les médecins (y compris les médecins biologistes), 152,14 % pour les infirmiers, 182,49 % chez les pharmaciens libéraux (y compris les pharmaciens biologistes.)
- [170] Pour cinq professions, l'objectif est dépassé et parfois très largement. Au global, l'objectif est également dépassé puisque le taux de réalisation est de 126,19 % pour l'ensemble des effectifs libéraux.
- [171] Les résultats sont moins bons globalement dans le monde hospitalier puisque le taux de réalisation a été estimé à environ 50 % de l'objectif lors de la construction du budget 2014 de l'OGDPC.

- [172] Il importe donc à la fois de ne pas briser le mouvement d'accroissement des effectifs formés et de remédier aux nombreux défauts repérés. Si les professionnels continuent à se former, dans une proportion encore modeste, trop de difficultés demeurent pour créer une vraie dynamique du DPC. La mission a, à cette fin, élaboré plusieurs scénarios.

3 PLUSIEURS SCENARIOS PEUVENT ETRE EXploRES POUR SORTIR DE LA DIFFICULTE ACTUELLE

3.1 Principes d'élaboration des scénarios

- [173] La réforme de 2009 comporte, le plus souvent implicitement, des avancées de principe qui n'ont pas été traduites dans les faits :

- Une obligation de formation commune à toutes les professions de santé, indifférente au statut, libéral ou salarié, du professionnel.

Ce principe se heurte à l'existence de trois strates de prise en charge pouvant être distinguées à l'heure actuelle :

- les libéraux et salariés des centres de santé des neuf professions indemnisées par l'OGDPC, gérés directement par l'OGDPC ;
- les salariés d'autres établissements de ces neuf professions, gérés selon des modalités et des taux de prise en charge différents selon l'OPCA auquel adhère leur employeur (ANFH, UNIFAF, etc.) ou selon leur employeur (cas des établissements de santé publics non adhérents à l'ANFH) ;
- les autres professionnels de santé, dont le DPC est pris en charge par leurs employeurs ou OPCA selon des modalités non-harmonisées.
- Une formation construite selon des méthodes communes à tous, alliant apport de connaissances (le « cognitif ») et l'évaluation scientifique et pédagogique des pratiques professionnelles, méthodes validées par la HAS.

Ce principe est bien accepté, les CSI et le contrôle de l'OGDPC devant veiller au respect de l'usage exclusif de ces méthodes.

- L'instauration d'une procédure d'évaluation préalable des organismes, qui n'existe pas dans les autres secteurs de la formation continue.

La procédure d'évaluation est en place, mais les CSI n'ont pu évaluer qu'une faible partie des organismes de formation. Les autres fonctionnent dans l'illégalité, la période transitoire fixée par la loi (finissant au 30 juin 2013) n'ayant pas été prolongée. Par ailleurs, la procédure d'évaluation des programmes (a posteriori) n'est pas encore en place.

- Le financement spécifique de formations pluri-professionnelles et inter-sectorielles.

Ce financement est en place, il est même accru en 2014 mais l'offre de formation n'est pas disponible (exemple des formations PAERPA¹²).

- La lisibilité de l'offre de formation, offerte à tous, en un point unique.

Elle est atteinte aux réserves près de la complexité, de la mauvaise ergonomie du site mondpc.fr et des restrictions d'accès à l'inscription en ligne (qui, seule, donne accès aux lieux et dates des sessions de formation) aux professionnels libéraux.

¹² Parcours de soins pour Personne Agée En Risque de Perte d'Autonomie

- La liberté de choix de l'organisme de formation par le professionnel.

Cette liberté n'est pas reconnue aux professionnels salariés et contractuels de droit public. La question de la place du DPC dans le pouvoir de direction de l'employeur n'a pas été traitée.

- Le respect du droit de la concurrence.

Si l'ouverture du marché de la formation est en cours, deux entraves au droit de la concurrence persistent :

- les conflits d'intérêt au sein des CSI, certains membres de celles-ci étant salariés ou dirigeants d'organismes de formation¹³ ;
- les situations de distorsions : monopole de fait du CNGE sur un segment du marché, financements publics des organismes de DPC que sont les universités et les hôpitaux publics.

[174] Aussi il apparaît opportun de sauvegarder les acquis de cette réforme en faisant évoluer le dispositif institutionnel. La plupart des interlocuteurs de la mission conviennent des avancées et certains se sont fortement engagés dans la mise en œuvre de la réforme. Les fortes oppositions sont concentrées sur quelques organisations.

[175] Ces considérations ont conduit la mission à élaborer en premier lieu un scénario d'adaptation (scénario 1) qui vise autant que possible à répondre aux limites mentionnées ci-dessus.

[176] Toutefois, outre le fait que certaines questions nécessitent une analyse plus poussée (respect du droit de la concurrence, conflits d'intérêt), il est apparu à la mission que ce scénario confortait l'impasse que constitue un dispositif dans lequel l'Etat est, à la fois, très présent et très sollicité pour résoudre soit des questions de détail soit des questions de fond insuffisamment travaillées. Aussi, la mission a exploré d'autres scénarios (scénarios 2, 3 et 4).

[177] Pour ce faire, elle a dégagé deux lignes directrices pour une telle politique. La première est de circonscrire le rôle de l'Etat dont il apparaît qu'en matière de formation continue il est généralement limité et, par conséquent, de laisser place à la gestion par les « partenaires sociaux » ou les représentants des personnels. Si la santé est une compétence de l'État, son intervention ne doit pas conduire à méconnaître tant les modes d'organisation que les comportements de mondes aussi divers que les professions libérales et les salariés des secteurs de la prévention ou de l'hospitalisation.

[178] La deuxième idée découle du constat que nombre de questions de fond devront être résolues en tenant compte des premiers fruits de l'expérience DPC. Ainsi, par exemple, de la question d'évaluer des organismes ou des formations, traitée par la loi (évaluation a priori des organismes et a posteriori des actions de formation) doit prendre en compte les enseignements des commissions scientifiques indépendantes et ceux issus des programmes de contrôle une fois ceux-ci en place. Donner du temps au consensus implique un cadre juridique allégé.

[179] Face aux nombreuses questions posées à la mission sur des points techniques (règles de définition de forfaits de formations présentielle et non présentielle, par exemple) qui n'ont pu être étudiées de façon approfondie, celle-ci recommande l'adoption d'un cadre souple qui permette la définition de solutions pragmatiques issues d'un dialogue entre les acteurs.

¹³ Article 14 de la directive 2006-123 CE du 12 décembre 2006, dite directive « Services » : « Les États membres ne subordonnent pas l'accès à une activité de services ou son exercice sur leur territoire au respect de l'une des exigences suivantes : [...] 6° l'intervention directe ou indirecte d'opérateurs concurrents, y compris au sein d'organes consultatifs, dans l'octroi d'autorisations ou dans l'adoption d'autres décisions des autorités compétentes, à l'exception des ordres et associations professionnels ou autres organisations qui agissent en tant qu'autorité compétente. »

- [180] Si le choix entre ces scénarios appartient aux pouvoirs publics, la mission estime devoir mettre l'accent sur la méthode qui doit présider à la mise en œuvre de tout chantier nouveau. Deux principes constituent cette méthode.
- [181] Premièrement, la mise en place de tout nouveau dispositif doit se faire dans le cadre d'une véritable conduite de projet dont la responsabilité ne peut être confiée au seul opérateur déjà mobilisé par la gestion quotidienne. Une mission confiée à une personnalité indépendante pourrait définir les quelques règles et principes sur lesquels opérer le changement et assurer un suivi rapproché, de type gestion de projet.
- [182] En deuxième lieu, toute réforme doit être précédée d'une concertation approfondie. Si l'on ne peut parler strictement de négociation, à l'égal de celle qui abouti à l'accord national interprofessionnel en cours de signature, compte tenu de la multiplicité et de la diversité de nature juridique des acteurs, il n'en reste pas moins nécessaire de construire un dispositif partagé par une majorité d'entre eux. Il importe, en effet, de remédier à l'une des faiblesses de la situation actuelle qu'est la désaffection à l'égard du dispositif actuel. Ceci doit concerner à la fois :
- l'élaboration des textes, qui doit inclure une concertation collective,
 - les décisions de gestion afin d'éviter les « arbitrages » qui résultent de discussions ponctuelles et bilatérales qui ne produisent que des compromis partiels et aucun consensus général.
- [183] La mise en œuvre d'une réforme d'adaptation (scénario 1) ou de transformation (scénarios 2, 3 et 4) doit donc être confiée à une personnalité qui aura pour tâche de faire vivre la concertation et la transparence avec l'ensemble des professions concernées.
- [184] Essentielle pour permettre aux professionnels de santé de répondre aux objectifs de la stratégie nationale de santé, leur formation continue doit être construite selon la même démarche participative suivie par cette stratégie.
- [185] Mais, surplombant ces considérations attachées au sujet lui-même, la mission tient à indiquer qu'une partie des critiques perdrait de sa virulence, permettant un travail de fond plus serein, si la formation continue des professionnels de santé, plus particulièrement des médecins, n'était une source de financement syndical. Toute menace sur la santé financière des organismes de formation « affiliés » à un syndicat met en cause un équilibre très fragile. Tant que ce lien n'aura pas été coupé, il sera impossible de progresser dans un domaine où les difficultés objectives ne manquent pas par ailleurs. La création d'un mécanisme autonome de financement des syndicats est donc une condition indirecte mais essentielle à une politique de développement professionnel continu.

3.2 Scénario 1 : l'amélioration progressive du dispositif actuel

- [186] Ce scénario est bâti sur l'idée que les faiblesses du dispositif actuel ne font pas masse et peuvent, si elles sont traitées une à une, déboucher sur un système robuste et cohérent.
- [187] A défaut d'engager une réforme systémique, il peut donc être envisagé de tenter de maintenir l'architecture actuelle d'un DPC obligatoire, défini par ses objectifs, financé sur fonds publics, géré par un organisme administratif sur avis des professionnels et commun à l'ensemble des professions de santé tous statuts et mode d'exercice confondus.
- [188] Si telle est l'orientation retenue, l'ensemble des mesures qui suivent est à appliquer.

3.2.1 Redonner confiance aux bénéficiaires dans le dispositif de DPC

3.2.1.1 Donner de la visibilité et un caractère raisonnable au dispositif

[189] Le DPC tel qu'il existe aujourd'hui souffre de porter une ambition peu réaliste au regard des ressources qui y sont allouées : pour assurer la formation DPC de l'ensemble des professionnels de santé sur un an, 155 millions d'euros sont alloués à l'OGDPC en complément des ressources des organismes collecteurs du secteur de la santé.

[190] Sur la base des données de la DREES relative au nombre de professionnels de santé et des chiffres de l'OGDPC concernant le recours à la formation et son coût moyen par catégorie de professionnels, la mission estime, dans le tableau en annexe 3 du présent rapport, le coût du DPC des neuf professions de santé financées, en tout ou partie, par l'OGDPC à plus de 720 millions au minimum, dont 565 millions à la charge de l'OGDPC.

[191] Cette estimation, bien que minorée car ne prenant pas en compte l'ensemble des professions soumises à l'obligation de DPC, conduit à plusieurs interrogations :

- Sur l'annualité de l'obligation : de nombreux interlocuteurs de la mission considèrent cette obligation annuelle comme trop rigoureuse. Plusieurs considèrent qu'une obligation de se former doit s'apprécier dans la durée plutôt que par un « coup de tampon » administratif une fois par an (cf. *infra*).
- Sur la formation de l'ensemble des professionnels : cette ambition est celle de la loi HPST ; elle est démentie par les enveloppes budgétaires affectées par le conseil de gestion aux sections paritaires qui se basent sur un nombre plus réduit de professionnels à former (22 486 médecins, 10 573 infirmiers, 7 534 pharmaciens...) sans que le principe de la montée en charge ait été inscrit dans les textes.
- Sur l'absence de prise en considération des dépenses exposées par les organismes collecteurs paritaires autres que l'OGDPC (ANFH, UNIFAF, OPCA-PL) au titre du DPC : les fonds versés par l'OGDPC à ces organismes ne concernent en effet que les médecins. Lesdits organismes ne seront pas en mesure de financer le départ en formation DPC de l'ensemble des professionnels soumis à l'obligation chaque année. À titre d'exemple, UNIFAF estime ne pouvoir financer le départ que d'environ 50 % des salariés dont il a la charge avec sa collecte actuelle.

[192] Dès lors, il est nécessaire de définir l'ambition budgétaire du système que l'on veut voir fonctionner.

A – Définir l'ambition budgétaire du DPC

[193] Augmenter le budget de l'OGDPC à concurrence des 565 millions d'euros qu'il devrait mobiliser pour financer le DPC annuel de l'ensemble des professionnels de santé est peu réaliste. Cela ne garantit pas que les administrateurs des autres organismes collecteurs suivent un mouvement d'une telle ampleur, d'autant que certains (FIF-PL par exemple) ont un champ de collecte plus large que les seules professions de santé.

[194] Maintenir l'objectif de 100 % de professionnels formés chaque année en adaptant les forfaits de formation à la baisse est envisageable mais nécessiterait de dissocier le DPC de l'obligation de formation et d'orienter le DPC vers un « minimum sanitaire » tel qu'envisagé par le scénario 3. A titre d'exemple, le forfait pour les médecins pris en charge par l'OGDPC passerait de 3700 à 1015 € (3700 x 155/565).

[195] Une solution de compromis, associant une hausse du budget consacré au DPC et un assouplissement de l'annualité de l'obligation, est envisageable. A l'heure actuelle, l'OGDPC est en mesure de financer un DPC moyen tous les 3,6 ans (155/565) pour les professions dont il a la charge. Une obligation de DPC viable financièrement impliquerait donc :

- un assouplissement de l'obligation annuelle vers une obligation triennale,
- une hausse raisonnable du budget alloué à l'OGDPC (en cours puisque le budget de l'OGDPC s'élève à 202 millions d'euros en 2014 contre 155 millions en 2013),
- un ajustement des forfaits sur le coût moyen des formations (majoré de 20 % par exemple), ce qui impliquerait une baisse globale de 7 % des forfaits en moyenne.

Tableau 7 : Scénario d'ajustement des forfaits DPC

| Profession | Forfait actuel | Coût moyen DPC | Forfait ajusté : 120% coût moyen | Evolution en % |
|--|----------------|----------------|----------------------------------|----------------|
| Chirurgiens-dentistes | 1 015 | 776 | 931 | -8 |
| Pharmaciens (dont biologistes) | 1 350 | 904 | 1 085 | -20 |
| Sages-femmes | 960 | 977 | 1 172 | +22 |
| Médecins (dont biologistes) | 3 700 | 2 314 | 2 777 | -25 |
| Infirmiers | 1 065 | 1 042 | 1 250 | +17 |
| Masseurs-kinésithérapeutes | 955 | 859 | 1 031 | +8 |
| Orthophonistes | 852 | 787 | 944 | +11 |
| Orthoptistes | 930 | 927 | 1 112 | +20 |
| Pédicures-podologues | 1 290 | 843 | 1 012 | -22 |
| TOTAL | | | | -7 |
| Observations : le coût moyen du DPC est égal au produit du coût moyen engagé par professionnel de santé et du nombre moyen d'inscriptions par professionnel de santé. | | | | |

Source : Données OGDPC au 2 octobre 2013, calculs mission.

[196] Ces évolutions doivent permettre de réguler le financement du DPC des professionnels dont l'OGDPC a la charge directe. Pour les autres professionnels de santé, la question du maintien de l'obligation de DPC se pose. En faveur du maintien de l'obligation milite la cohérence des obligations entre professions amenées à interagir (former ensemble le pharmacien et le préparateur en pharmacie). Cela implique toutefois que les structures de financement de la formation de ces professions consentent les mêmes efforts et soient soumis aux mêmes assouplissements que l'OGDPC (hausse de la collecte, obligation triennale, définition de forfaits fondés sur les coûts moyens).

Recommandation n°4 : Ajuster le budget de l'OGDPC et les forfaits sur la base d'un coût moyen de formation majoré

B – Clarifier ce qui est à la charge de l'OGDPC

[197] Une clarification de ce qui est à la charge de l'OGDPC est nécessaire, notamment dans le cas des formations de « maîtrise de stage » et « formations de formateurs ». Elles ont été reconnues comme valant DPC et inscrites en sus des forfaits des professionnels de santé pour les encourager à réaliser ces formations. Or, ces formations :

- regardent plus la qualité de l'offre de formation initiale que la formation continue (pour la maîtrise de stage) ; cela illustre bien l'absence de définition du contenu du DPC ;

- déforment la structure de consommation des crédits ; la mise hors forfait des formations de « maîtrise de stage » et des « formations de formateurs » entraîne une consommation forte et très concentrée sur certains organismes de formation ; à titre d'exemple, parmi les cent professionnels de santé ayant généré les plus fortes dépenses en 2013, les formations « hors quota » représentaient 23 % des programmes suivis (139 sur 597) et 24,5 % des dépenses (215 000 € sur 877 000 €). Des professionnels peuvent ainsi générer des dépenses considérables, bien au-delà des forfaits ; vingt et un médecins ont ainsi engagé chacun plus de 10 000 € (le « record » étant de 18 287,5 €) pour huit à treize inscriptions au cours de l'année 2013 ;
- ne sont délivrées pour la maîtrise de stage que par un seul organisme (cf. *infra*) ;
- génèrent des revenus ultérieurs pour les professionnels (encadrer des internes par exemple), ce qui les différencie des autres types de formations valant DPC.

[198] Ces formations doivent donc, sur le plan budgétaire, soit réintégrer les forfaits, soit ne plus être financées au titre du DPC. Cela n'interdit pas, sur le plan pédagogique, de considérer que ces formations valent DPC.

[199] L'adoption par le conseil de gestion du principe de plafonnement de la prise en charge des formations « hors quotas » à une seule formation par catégorie¹⁴, par professionnel et par an, sauf dérogation justifiée, va dans ce sens.

Recommandation n°5 : Réintégrer la formation de formateurs dans les forfaits et ne plus faire financer par l'OGDPC les formations à la maîtrise de stage

C – Simplifier la structure et les modalités de financement

[200] Plusieurs interlocuteurs ont fait part à la mission de leur incompréhension quant à la trajectoire budgétaire du DPC. À l'heure actuelle, le budget de l'OGDPC est déterminé en fin d'année pour l'année suivante, sans plan de financement pluriannuel. Si l'on peut comprendre le souci des tutelles de ne pas surévaluer les besoins pour gérer ensuite des reports à nouveau, cela ne doit pas empêcher de donner à l'OGDPC une trajectoire pluriannuelle sur les financements disponibles.

[201] Le plan pluriannuel de financement restera toutefois indicatif. D'une part, seul le conseil de gestion décide – annuellement – du budget de l'organisme et d'autre part, la contribution des caisses qui finance l'OGDPC à l'heure actuelle est incluse dans le périmètre de l'ONDAM, donc sujette à ajustements annuels.

Recommandation n°6 : Adopter un plan pluriannuel de financement du DPC

[202] La mission s'est interrogée sur l'opportunité d'unifier les sources de financement multiples, d'élargir l'assiette de la taxe et d'affecter à l'OGDPC le produit d'une taxe plutôt que de passer par l'intermédiaire de la CNAMTS.

[203] Il apparaît souhaitable de mettre en place un financement indifférent aux catégories professionnelles, ce qui n'est pas le cas aujourd'hui. En effet, la construction du budget de l'OGDPC obéit à une logique professionnelle et de statut :

- Une première enveloppe (104,9 millions d'euros en 2014) est fléchée pour financer le DPC des médecins libéraux ; elle traduit la contribution de l'industrie pharmaceutique au DPC.
- Une deuxième enveloppe (19,3 millions en 2014) est dédiée au DPC des médecins hospitaliers et salariés sur le même fondement.

¹⁴ Quatre catégories sont aujourd'hui identifiables : formations de formateurs, formations de maîtres de stage, formations pluri-professionnelles, formations PAERPA).

- Une troisième source (60,7 millions en 2014) correspond au fonds d'actions conventionnelles (FAC) de la CNAMTS et finance le DPC des huit autres professions à la charge de l'OGDPC.
- Une quatrième enveloppe est prévue pour les actions pluri-professionnelles et hors quota (7 millions en 2014) et le budget de gestion administrative de l'OGDPC (10,5 millions d'euros).

[204] La convention constitutive de l'OGDPC mentionne¹⁵ l'affectation de la taxe sur l'industrie pharmaceutique aux seuls médecins, ce qui favorise des logiques d'appropriation, crée des oppositions (médecins / autres professions, médecins libéraux / médecins hospitaliers et salariés) contraires à l'esprit d'inter-professionnalité et de neutralité du DPC à l'égard du statut et, enfin, complique la gestion des OPCA devant gérer le DPC des professionnels de différentes catégories¹⁶.

[205] Une taxe unique permettrait de s'affranchir de ces logiques sectorielles et de rompre totalement avec l'ancienne logique conventionnelle. L'assiette de cette taxe devrait être, à l'occasion, étendue aux industries de produits de santé et donc intégrer les productions de biens et services à destination de l'ensemble des professions dont le DPC est financé par l'OGDPC, notamment les fabricants de matériel médical, dentaire ou destiné aux sages-femmes, etc.

[206] Enfin, la taxe pourrait être affectée directement à l'OGDPC. Certes, rien ne garantit que les besoins financiers du DPC correspondent exactement au produit de la taxe : adopter un tel système de financement fait courir le risque d'accumulation de réserves ou, à l'inverse, de demandes complémentaires en cas d'épuisement de l'enveloppe. Il peut sembler préférable de privilégier l'attribution de ressources au plus juste des consommations estimées, ce qui nécessite de la souplesse en gestion (ce que permet la contribution actuelle, qui peut être ajustée et versée par douzièmes). Cependant, lorsque l'OGDPC pourra fonctionner en « rythme de croisière » et disposer d'une visibilité pluriannuelle sur ses dépenses, l'affectation directe, plus conforme au statut de GIP, devra être réalisée.

Recommandation n°7 : À moyen terme, affecter le produit d'une taxe plus large que celle sur les spécialités pharmaceutiques au financement global et direct du DPC

3.2.1.2 Rendre effective l'obligation de DPC

[207] À l'heure actuelle, l'obligation que constitue le DPC pour les professions de santé est contrôlée principalement par les ordres professionnels sur la base de dispositions communes aux différentes professions concernées :

- Les attestations de développement professionnel continu établies par les organismes de DPC sont transmises au conseil de l'ordre correspondant¹⁷.
- Le conseil de l'ordre s'assure, au moins une fois tous les cinq ans, que les professionnels ont satisfait à leur obligation de DPC¹⁸.
- Si ce n'est pas le cas, il peut, après demande d'explication auprès du professionnel concerné, mettre en place un plan personnalisé de DPC et notifier au professionnel l'obligation de

¹⁵ Article 10 3° de la convention constitutive du GIP OGDPC.

¹⁶ Ainsi UNIFAF doit utiliser l'enveloppe de 1,6 million déléguée par l'OGDPC pour le DPC des médecins salariés (sans assurance que cela soit suffisant) et les fonds issus de sa collecte propre pour les autres professionnels salariés.

¹⁷ Articles R. 4133-10 du code de la santé publique pour les médecins, R. 4236-10 pour les pharmaciens, R. 4143-10 pour les chirurgiens-dentistes, R. 4153-10 pour les sages-femmes, R. 4382-10 pour les paramédicaux

¹⁸ Articles R. 4133-11 du code de la santé publique pour les médecins, R. 4236-11 pour les pharmaciens, R. 4143-11 pour les chirurgiens-dentistes, R. 4153-11 pour les sages-femmes, R. 4382-11 pour les paramédicaux

suivre ce plan¹⁹. L'absence de mise en œuvre dudit plan est susceptible de constituer un cas d'insuffisance professionnelle.

- Dans le cas des professions paramédicales ne disposant pas d'ordre, le directeur général de l'ARS est substitué aux ordres (article R. 4382-14 pour les audioprothésistes, les opticiens-lunetiers, les prothésistes, les orthésistes non-salariés et les auxiliaires médicaux à titre libéral).

[208] Cette construction se heurte à deux limites signalées à la mission :

- d'une part, la sanction ultime de l'absence de réalisation du DPC, à savoir la reconnaissance de l'insuffisance professionnelle, se heurte à l'absence de définition réglementaire de ladite insuffisance et de ses conséquences. L'ordre des médecins, par exemple, voit l'insuffisance professionnelle comme un moyen d'imposer au professionnel des mesures d'accompagnement. Cela diffère de la définition et des conséquences de l'insuffisance professionnelle pour les médecins salariés²⁰ et les praticiens hospitaliers²¹. Appuyer la sanction d'une même obligation sur un dispositif aux conséquences disparates selon le statut du professionnel n'est dès lors pas souhaitable ;
- d'autre part, les capacités des ordres professionnels d'ordonner et d'exercer un suivi des mesures prévues par les textes actuels pourraient différer. Cela génèrera éventuellement des différences de traitement entre professionnels, donc une perte de légitimité de la sanction.

[209] Afin de faire évoluer l'obligation, deux pistes complémentaires à l'action des ordres peuvent être envisagées. Toutes deux concernent les professionnels libéraux, ceux pour lesquels la notion d'insuffisance professionnelle a le moins de sens :

- en négatif, compte tenu de l'objectif d'amélioration de la prise en charge des patients, il serait logique que l'information sur la réalisation ou non du DPC figure sur le site AMELI. L'OGDPC fournirait les données à jour à la CNAMTS avec une périodicité annuelle ;
- en positif, la rémunération des professionnels pourrait tenir compte de la réalisation du DPC, à tout le moins de certains types de formation (plus longues ou d'un intérêt particulier pour la santé publique), après arbitrage entre financement direct des formations et ce type de supplément de rémunération.

Recommandation n°8 : Mettre en place des incitations au suivi du DPC

3.2.2 Simplifier les procédures

[210] La multitude des « épines irritatives », pour reprendre l'expression de quelques interlocuteurs de la mission, interdit de dresser une liste complète et précise des simplifications ou allègements. Ce serait aussi s'exposer à la double critique formulée par la mission : d'une part, méconnaître les contraintes de la gestion et le rythme d'avancement des procédures. Ainsi, si la procédure d'enregistrement des organismes mérite d'être allégée, ce n'est peut-être plus une tâche prioritaire puisque la plupart des organismes ont déposé un dossier et attendent désormais leur évaluation. D'autre part, ce serait se substituer à la nécessaire concertation avec les usagers qui a fait défaut jusqu'ici.

¹⁹ Articles R. 4133-13 du code de la santé publique pour les médecins, R. 4236-13 pour les pharmaciens, R. 4143-13 pour les chirurgiens-dentistes, R. 4153-13 pour les sages-femmes, R. 4382-13 pour les paramédicaux

²⁰ Cass. Soc, 20 septembre 2006, pourvoi n°04-48341: « l'insuffisance professionnelle est caractérisée lorsque le salarié n'accomplit pas la mission qui lui est dévolue par son contrat de travail » ; elle constitue une cause réelle et sérieuse de licenciement.

²¹ Article R. 6152-79 CSP: « L'insuffisance professionnelle consiste en une incapacité dûment constatée à accomplir les travaux ou à assumer les responsabilités relevant normalement des fonctions de praticien hospitalier. Elle résulte de l'incapacité à l'exercice des fonctions du fait de l'état physique, psychique ou des capacités intellectuelles du praticien. [...] Le praticien hospitalier qui fait preuve d'insuffisance professionnelle fait l'objet soit d'une mesure de reconversion professionnelle, soit d'une mesure de licenciement avec indemnité. »

- [211] D'où la mission préconise plutôt une méthode pour travailler à cette simplification. A cette fin, elle recommande la mise en place par l'OGDPC d'un comité informel de ses usagers (praticiens, organismes de formation, employeurs...) pour déterminer les simplifications ou allègements souhaitables.

Recommandation n°9 : Instituer un comité informel des usagers de l'OGDPC

- [212] Les travaux de ce comité doivent permettre à l'OGDPC d'établir un plan hiérarchisé des simplifications et des allègements souhaitables, accompagné d'un calendrier prévisionnel des opérations.

Recommandation n°10 : Établir un plan hiérarchisé d'amélioration des procédures assorti d'un calendrier de réalisation

- [213] Au sein de cette recherche de simplification, avec l'appui du comité des usagers, une attention spéciale doit être portée aux dispositions réglementaires inutiles. Il convient donc de « balayer » décrets et arrêtés pour faire l'inventaire des dispositions qui pourraient être abrogées et, dans l'attente de l'abrogation, qui pourraient voir suspendue leur application.

Recommandation n°11 : À l'initiative de l'OGDPC, transmettre au ministère chargé de la santé un inventaire des dispositions réglementaires inutiles ou bloquantes

- [214] Il faut prendre garde à méconnaître les délais de réalisation des simplifications. Elles passent pour l'essentiel par des modifications du système d'information. Il importe de respecter les différentes phases de ce type de travaux, notamment la phase de test des nouveaux logiciels. D'où il importe de communiquer en parallèle de ses travaux. Savoir qu'une difficulté est prise en compte est pour un usager une marque de considération et la meilleure façon de conserver sa confiance. Téléphone et site Internet sont les deux vecteurs à privilégier.

Recommandation n°12 : Ajouter une fenêtre sur le site pour annoncer les travaux d'amélioration en cours

Recommandation n°13 : Renforcer le standard téléphonique pour donner quelques explications sur les difficultés et leurs traitements

- [215] Toutefois la mission tient à indiquer quelques modifications de réglementation qui seraient de nature à « détendre » le cadre de la gestion aujourd'hui trop contrainte par les textes. À cette fin, il apparaît opportun de conserver, tout le temps de la montée en charge de la réforme, les orientations nationales du DPC telles qu'elles ont été définies par l'arrêté du 26 février 2013. De plus, cet arrêté est intervenu tardivement puisque les plans de formation qui devaient en intégrer les éléments avaient été rédigés huit mois plus tôt. Il conviendra donc, le moment venu, que l'arrêté annuel paraisse avant le mois de juin N pour qu'il puisse avoir un effet en N+1.

Recommandation n°14 : Assurer la stabilité des orientations nationales du DPC le temps de la montée en charge de la réforme

Recommandation n°15 : Veiller à la bonne articulation des calendriers des plans de formation et de l'arrêté définissant les orientations nationales

- [216] Le cadre annuel de l'obligation est inadapté à la matière même de l'obligation, comme il a été indiqué *supra*. Les contraintes de la vie professionnelle comme de la vie familiale peuvent conduire une personne à planifier son DPC dans un cadre plus souple que l'année civile. Ainsi, deux formations longues dans une période de trois ans peuvent valoir autant sinon davantage que trois formations annuelles de moindre durée. Au-delà des arguments budgétaires développés plus haut, la mission suggère donc de retenir un cadre triennal plutôt qu'annuel pour l'obligation de DPC. Ceci suppose une modification de la partie législative du code de la santé publique.

Recommandation n°16 : Apprécier l'obligation de développement continu dans le cadre d'une période de trois ans

- [217] Compte tenu du nombre d'organismes à évaluer et de l'importance de l'évaluation pour garantir la qualité du DPC, la mission estime indispensable de rouvrir la période transitoire pendant laquelle les organismes agréés au titre des formations continues antérieures sont réputés enregistrés et évalués favorablement. La précédente période, ouverte par le décret du 30 décembre 2011 relatif à l'OGDPC, a pris fin le 30 juin 2013.

- [218] La mission note que depuis le 30 juin 2013, aucun texte n'est venu compléter le décret du 30 décembre 2011 (article 4) et fixer le cadre légal du fonctionnement des ODPC réputés enregistrés et évalués favorablement. Une nouvelle période transitoire doit donc être définie. Vu l'ampleur des amendements à apporter au fonctionnement du DPC, une durée de deux ans semble souhaitable.

Recommandation n°17 : Rouvrir la période pendant laquelle les organismes agréés au titre des dispositifs antérieurs sont enregistrés et évalués favorablement

- [219] L'organisation de l'offre doit bénéficier également d'un cadre plus souple. Ainsi les périodes pendant lesquelles les organismes de formations déposent nécessairement leur demande d'enregistrement doivent être supprimées. C'est le type même de règle de gestion qui n'a pas à figurer dans un texte réglementaire. Cause de rigidité et source d'incompréhension pour l'utilisateur, la mise en place d'une telle règle – qui peut être provisoirement utile pour réguler le travail – doit incomber à l'OGDPC.

Recommandation n°18 : Abroger le I de l'article 4 de l'arrêté du 12 décembre 2012 relatif à la composition du dossier de demande d'enregistrement

3.2.3 Assurer la qualité technique des formations

3.2.3.1 Donner plus de souplesse au fonctionnement des commissions et régler les questions de rémunérations

A – Augmenter la capacité de traitement des dossiers par les CSI

- [220] L'enregistrement des organismes de DPC constitue à l'heure actuelle un goulet d'étranglement majeur dans le fonctionnement du DPC. Comme il a été indiqué, au 30 septembre 2013, sept organismes avaient fait l'objet d'un enregistrement et 2 146 avaient déposé un dossier et étaient en attente de son traitement.

- [221] Heureusement pour la communauté des professionnels de santé, les organismes dits « historiques » ayant réalisé de la formation continue en 2011 ont pu continuer leur activité. Cependant, ce maintien d'activité s'effectue aujourd'hui hors de tout cadre légal (cf. *supra*), la période transitoire prévue par le décret du 30 décembre 2011 s'éteignant au 30 juin 2013. Par ailleurs, cette situation défavorise fortement le secteur des établissements de santé, qui sont peu nombreux à être reconnus comme organismes historiques.

- [222] Il est donc nécessaire d'assouplir le mode de fonctionnement des CSI afin de leur permettre de traiter l'ensemble des dossiers en attente dans un délai raisonnable.
- [223] Le mécanisme de fonctionnement des CSI associe une analyse préalable des dossiers d'organismes par un binôme de rapporteurs puis un examen du dossier en CSI plénière, examen qui peut n'être qu'une formalité si les deux rapporteurs sont d'accord ou plus long en cas de désaccord. Chaque CSI, qui se réunit une à deux fois par mois pendant une journée, examine entre 12²² et 17 dossiers par séance²³.
- [224] Lorsqu'un millier d'organismes attendent leur évaluation par la CSI (cas pour les médecins, les infirmiers, les masseurs kinésithérapeutes et les aides-soignants), les délais d'examen, dépassant largement les cinq ans, deviennent déraisonnables.
- [225] La mission propose donc des pistes de simplification, à adapter par chacune des CSI selon leur charge de travail :
- Permettre aux suppléants de former des binômes d'examen avec les titulaires et de siéger lors des séances plénières qui examinent un dossier sur lequel ils ont eu à travailler. Cela suppose que les CSI adaptent leur règlement intérieur (la CSI des pharmaciens exclut les suppléants, la CSI des paramédicaux interdit de former des binômes titulaire-suppléant) et que soient modifiés les articles D. 4133-18, D. 4143-18, D. 4153-18, D. 4236-18 et D. 4381-6-2 du code de la santé publique.
 - Autoriser les CSI à s'entourer d'experts extérieurs – respectant les mêmes conditions d'indépendance et de déclaration des liens d'intérêt que les membres des CSI – pour examiner des dossiers et permettre ainsi d'en traiter davantage par séance.
 - Inviter les CSI à adapter la grille d'évaluation des organismes (définie par l'arrêté du 19 juillet 2013) pour en faire une grille d'examen plus pertinente, sous réserve d'items que l'administration souhaite conserver.
- [226] De ces mesures, on peut espérer une hausse de la production des CSI : si chaque CSI se réunit deux fois par mois et traite vingt dossiers par séance au lieu de douze, le délai d'examen de mille organismes passe de 83 mois (soit presque 7 ans) à 25 mois (soit un peu plus que 2 ans), ce qui reste long mais devient acceptable.
- [227] La mission a écarté l'idée complémentaire d'évaluation favorable d'office qui aurait pu être appliquée aux organismes publics (ministères, hôpitaux publics, universités, CNAMTS) et aurait diminué la masse de dossiers à examiner. Si cette proposition constitue une réelle simplification, elle l'est au prix d'une différence de traitement entre organismes peu justifiable (cela reviendrait à considérer que tous les organismes publics délivrent des formations de qualité) et une perte de crédibilité des CSI.
- [228] Afin que les CSI puissent adopter un rythme soutenu d'examen des dossiers, il est nécessaire que soient rapidement réglées les questions de rémunération des membres des CSI. Deux points sont à distinguer :
- La rémunération des membres des CSI et leur défraiement pour venir siéger aux séances : l'arrêté du 31 octobre 2012 fixe des rémunérations variant entre 105 € (pédicures podologues) et 172,5 € (médecins) et une rémunération de 140 € lorsque siège une personne autre qu'un professionnel de santé (personnalité qualifiée par exemple). Ces différences, quoique peu justifiées s'agissant d'un travail identique, sont calquées sur les indemnités de perte de ressources de la CNAMTS ; il ne serait pas judicieux de revenir dessus.

²² Estimation donnée pour la CSI des pharmaciens

²³ Le président de la CSI des médecins donne le chiffre de 50 dossiers examinés en trois séances par la CSI des médecins, dont un tiers de rejets. Cf. Dr Francis Dujarric, *Le DPC existe, j'ai vu les CSI travailler!* in Quotidien du médecin, 20 décembre 2013.

- La rémunération des rapporteurs (deux par dossier) pour l'examen des dossiers, qui n'est pas encore fixée, mais sur laquelle les CSI ont pris des positions²⁴ : rémunération égale pour tous (CSI sages-femmes et commission des paramédicaux), rémunération fondée sur la moyenne des indemnisations et égale pour tous (CSI des chirurgiens-dentistes), rémunération fondée sur celle des médecins (CSI médecins et pharmaciens). Des échanges avec le ministère ont permis de déterminer une fourchette entre 30 € et 100 € par dossier.

[229] La mission n'a pas vocation à trancher ce sujet. Sa recommandation se limite donc au rappel de deux nécessités : d'une part, la nécessité de rémunérer de manière égale un travail égal d'examen de dossier, quel que soit le montant choisi, les durées d'examen de dossier ne différant pas d'une profession à l'autre ; d'autre part, la nécessité de définir un montant modéré afin de pouvoir rémunérer le maximum de membres de la CSI, titulaires et suppléants, et ainsi de diminuer les délais d'examen des dossiers.

Recommandation n°19 : Augmenter les capacités d'examen de dossiers des CSI, notamment en autorisant les suppléants à siéger et à examiner des dossiers

Recommandation n°20 : Fixer un montant unique pour la rémunération des rapporteurs, à un niveau permettant la participation des titulaires et des suppléants

B – Le cas particulier de la CSI des médecins

[230] La CSI des médecins présente une composition particulière²⁵. Elle est divisée en deux sections, l'une comportant 17 « représentants » des conseils nationaux professionnels de médecine générale (section « généralistes ») et l'autre 17 représentants des conseils nationaux professionnels des spécialités autres que la médecine générale (section « spécialistes »). En pratique, les premiers sont nommés par le Collège de la médecine générale, les seconds par la Fédération des spécialités médicales. Chaque section évalue les organismes de son champ de compétence et lorsqu'un organisme est mixte, chaque section rend un avis dans son champ de compétence.

[231] La CSI des médecins s'est également singularisée par son fonctionnement chaotique, du fait de divergences entre les composantes « spécialistes » et « généralistes » en particulier sur la possibilité du financement d'un organisme de DPC par des fonds privés²⁶. Depuis le mois de septembre 2013, la majorité de la section « généralistes » refuse de siéger, à la demande du Collège de médecine générale. La CSI des médecins fonctionne donc aujourd'hui sans l'ensemble de ses effectifs. A une question institutionnelle s'ajoute donc un problème juridique relatif au financement des ODPC.

[232] Au regard de la fonction d'enregistrement des organismes de DPC, la mission s'interroge sur la pertinence d'une scission entre médecins au sein d'un organe dont la mission est de concourir à la diffusion de la science médicale et de promouvoir le dépassement des clivages professionnels. Cependant, compte tenu des effectifs de la médecine générale et la spécificité de leur activité – les soins de premier recours –, le temps ne semble pas venu d'une approche unifiée de la médecine à l'intérieur de laquelle la médecine générale serait une spécialité. Il apparaît nécessaire à la mission d'en prendre acte et de permettre aux généralistes une certaine autonomie dans la gestion du DPC.

²⁴ Source Procès-verbaux des différentes CSI.

²⁵ Décret n° 2013-35 du 11 janvier 2013 modifiant le décret n° 2012-26 du 9 janvier 2012 relatif à la CSI des médecins.

²⁶ La pondération des critères a été adoptée, après deux rejets, par un vote majoritaire au sein de la CSI.

[233] La recherche de l'indépendance des organismes de DPC est effectivement un progrès par rapport à l'influence des industries de produits de santé sur le contenu des formations. Toutefois, interdire tout financement extérieur des organismes de DPC présente certains risques :

- L'avis rendu par la direction des affaires juridiques du ministère sur cette question²⁷ souligne qu'une interdiction de tout financement extérieur pour un organisme de DPC doit s'apprécier comme une restriction au principe de libre concurrence posé par la directive. Or, si des restrictions peuvent être apportées à ce principe au titre des impératifs de santé publique, cela implique :
 - de justifier l'impact de santé publique d'un DPC financé en dehors de tout financement extérieur ;
 - de déterminer si cette restriction, même justifiée sur le fond, est proportionnée aux bénéfices attendus ;
 - de modifier la déclaration réalisée par les autorités françaises du régime de DPC auprès de la Commission européenne ;
 - d'envisager un litige devant la CJUE sur ce point.
- Tant les hôpitaux publics que les universités peuvent bénéficier de fonds issus de l'industrie pharmaceutique à des titres divers (réalisation d'essais cliniques, partenariats de recherche). Interdire tout financement privé du DPC revient à exclure ces deux types d'acteurs, ce qui va à l'encontre d'un des principes de la réforme ;
- Plusieurs interlocuteurs ont souligné l'impossibilité de réaliser des formations sans la participation en nature de l'industrie des produits de santé au sens large, par exemple des mannequins pour les sages-femmes ou des produits dentaires pour les chirurgiens-dentistes. C'est le sens des décisions des CSI de graduer les notes des candidats ODPC en fonction de leur dépendance aux fonds privés et non d'imposer une interdiction totale.

[234] *In fine*, la mission reconnaît bien l'intérêt qu'il y aurait à disposer d'ODPC financés entièrement sans fonds privés, mais elle ne peut que constater que cette solution n'est pas viable en l'état. Il appartient alors à la section des généralistes d'user de son autonomie pour définir des règles qui garantissent à la fois l'accès des hôpitaux et de l'université, notamment, au DPC des généralistes et l'indépendance de ces formations par rapport à l'industrie pharmaceutique.

3.2.3.2 Mettre en place rapidement un système de contrôle a posteriori de la qualité des formations

A – Le système actuel est bancal et décrédibilise l'ensemble du dispositif de DPC

[235] La logique de la réforme du DPC est de combiner, en matière de contrôle des organismes de DPC, un contrôle d'organisme par la CSI lors de l'accès au marché de la formation et un contrôle *a posteriori* des programmes et des formations réalisées.

[236] Revenir à l'ancien système de contrôle des programmes n'est plus réaliste : pour 2013 et pour les seuls médecins, plus de 15 000 sessions de DPC ont été programmées.

²⁷ Note DAJ du 19 novembre 2013.

[237] La procédure d'enregistrement consiste en un contrôle de la capacité d'un organisme candidat au statut d'ODPC à fournir un programme (appelé « programme vitrine ») conforme aux orientations nationales du DPC et aux méthodologies validées par la HAS. Elle ne permet donc pas de garantir la qualité intrinsèque du programme, ce qui n'est pas vérifiable *a priori* (qualité des intervenants, présence ou non sur le lieu de formation de *sponsors*, etc.).

[238] La mise en place d'une procédure de contrôle des formations *a posteriori* est donc indispensable : le démarrage des travaux des CSI sans que le contrôle *a posteriori* ne soit en place a considérablement miné la légitimité du DPC dans son ensemble. Les critiques, nombreuses, portant sur l'absence de contrôle de la qualité des formations pourraient être réfutées en droit – puisqu'une procédure de contrôle des formations est bien prévue – mais pas en fait – ladite procédure n'étant pas en place.

B – Le système proposé par l'OGDPC apparaît solide sous réserve de quelques ajustements

[239] L'OGDPC a présenté en octobre 2013 les grandes lignes du contrôle *a posteriori* des formations. Celui-ci repose sur un double mécanisme :

- Un mécanisme interne, par l'intermédiaire du service du contrôle de l'OGDPC, en train d'être étoffé et qui devrait compter une demi-douzaine de personnes en 2014, dont deux praticiens experts, bénéficiant d'une compétence scientifique. Ce service sera chargé d'étudier les signalements des professionnels au travers des appréciations portées sur les formations et d'autres signalements, de mener les contrôles administratifs et de rapporter à la direction.
- Un mécanisme de contrôle externe par le recours à des auditeurs professionnels de santé, proposés par les CSI et issus de divers milieux (sociétés savantes, praticiens-conseils du régime général, universitaires). L'OGDPC s'est fixé un objectif de 400 contrôles par an par cette voie.

[240] Ce plan apparaît robuste. Les autres pistes possibles sont mentionnées pour mémoire :

- confier cette mission à la HAS, qui fait certifier les établissements de santé,
- s'appuyer sur les praticiens-conseils du régime général,
- recourir aux conseils nationaux professionnels de la FSM et du Collège de médecine générale.

[241] Ces pistes sont soit trop incertaines pour la capacité à réaliser la mission (cas du recours à la HAS et aux praticiens-conseils de l'assurance maladie, le contrôle de la formation ne faisant pas partie de leurs missions et l'intégration d'une mission supplémentaire retardant la mise en œuvre du contrôle), soit limitées à la profession médicale (cas du recours au Collège de la médecine générale et à la FSM). De plus, elles présentent l'inconvénient d'éloigner le contrôle des institutions qui ont délivré l'enregistrement, à savoir l'OGDPC, sur avis favorable de la CSI compétente.

[242] La mission soulève toutefois quelques points devant être précisés ou améliorés dans le plan actuel.

- [243] La distinction de ce qu'est un contrôle administratif, un contrôle scientifique et un contrôle mixte est impérative. L'OGDPC définit un contrôle de la qualité des programmes comme portant « sur les éléments qui ont permis aux CSI d'évaluer positivement l'organisme », c'est-à-dire, hormis les éléments administratifs, le programme-vitrine. Or, il importe que tous les programmes d'un organisme de DPC puissent être contrôlés, quelle que soit leur ancienneté ou leur importance. À côté de contrôles annoncés à l'organisme, il est nécessaire que des contrôles inopinés et des inscriptions d'auditeurs en « clients mystère » soient organisés. Enfin, s'agissant des programmes multi-sessions (c'est-à-dire une formation-type qui est dupliquée à plusieurs endroits du territoire), le contrôle doit pouvoir porter sur plusieurs sessions, afin que les manquements éventuels ne soient pas imputés à un intervenant précis.
- [244] De plus, un plan général de contrôle doit être défini et soumis aux CSI pour avis. Ce plan doit s'attacher à vérifier chaque année quelques points transversaux (exactitude des déclarations relatives à la durée des formations et au nombre de participants, indépendance de l'organisme de formation, etc.) sur un échantillon important d'organismes de DPC intéressant différentes professions.
- [245] Les relations entre le service de contrôle et les CSI doivent être précisées : plusieurs interlocuteurs de la mission ont souhaité que les CSI soient associées aux travaux de contrôle, voire que leurs membres mènent eux-mêmes des contrôles. Si ce dernier point ne pose pas le problème souvent invoqué de partialité (une autorité peut contrôler l'usage fait d'un avis favorable qu'elle a émis), il risque toutefois de diminuer les ressources des CSI, ressources précieuses pour évaluer les organismes dans des délais raisonnables. La sélection conjointe d'auditeurs externes par l'OGDPC et les CSI est en revanche souhaitable. Lesdits auditeurs devront refléter la diversité des organismes de DPC (associations professionnelles du monde libéral, établissements de santé, universités, etc.) et être sélectionnés de manière à couvrir l'ensemble du territoire.
- [246] Enfin, la volumétrie prévue en matière de contrôle à caractère scientifique, soit 400 contrôles par an, apparaît faible au regard du nombre d'actions de DPC (plus de 50 000 actions et 15 000 sessions pour les seuls médecins en 2013). Certes, de nombreux programmes sont dupliqués sur l'ensemble du territoire, mais pour rester crédible, le contrôle doit porter sur environ 5 à 10 % des actions de formation chaque année.
- [247] Le budget affecté aux contrôles est en décalage avec les missions de l'OGDPC et traduit une mauvaise appréciation des priorités. Le budget pour 2014 consacre 3,8 fois plus de ressources en termes de vacations pour réunir les instances internes que pour rémunérer des contrôleurs et 3,3 fois plus pour indemniser les déplacements des membres des instances que pour les déplacements des contrôleurs. Les instances – hors CSI – vont consommer plus de 2,5 millions d'euros de budget contre 1,34 million affecté aux contrôles. La mission propose donc de renforcer la priorité de la fonction de contrôle *a posteriori*, critique pour la crédibilité de l'OGDPC, par redéploiement de crédits de fonctionnement interne.

Recommandation n°21 : Mettre en place le mécanisme de contrôle *a posteriori* le plus rapidement possible

Recommandation n°22 : Préciser ce qu'est un contrôle administratif et un contrôle scientifique ; soumettre aux CSI un plan de contrôle ; sélectionner suffisamment d'auditeurs externes pour atteindre un nombre de contrôles crédible

Recommandation n°23 : Diminuer de moitié les crédits affectés aux vacations et aux frais de déplacement des instances hors CSI. Affecter les 755 000 € ainsi économisés aux vacations et frais annexes des contrôleurs

3.2.4 Améliorer la gouvernance

[248] La multiplicité des acteurs dans le monde de la santé et la diversité des tâches qui incombent à l'OGDPC fixent rapidement une limite à un effort de simplification du schéma institutionnel. Le rapport Bras-Duhamel avait déjà pointé la dénonciation de la complexité du dispositif précédent.

[249] Toutefois, quelques mesures peuvent être préconisées. Elles ont pour objectif commun de renforcer l'autonomie de l'OGDPC et de mieux assurer le pouvoir de direction.

[250] En premier lieu, il convient de mettre fin aux réunions du groupe de contact. Cette formule pervertit le jeu des institutions sans avoir fait la preuve de ramener la sérénité dans le monde du DPC. Elle démobilise l'OGDPC qui est le jouet des attermolements qui s'expriment hors de lui. Si des contacts informels doivent être établis hors des instances régulières, ce doit être au sein de l'OGDPC sous la houlette du président de conseil de gestion, comme cela se fait dans tout organisme qui prépare des décisions importantes.

Recommandation n°24 : Mettre fin aux réunions du groupe de contact et dissoudre le groupe de contact

[251] Il convient de promouvoir un schéma à deux pôles : un pôle décisionnaire pour tout ce qui a trait au pilotage financier et à la gestion et un pôle à compétence pédagogique.

[252] Le conseil de gestion, qui pourrait prendre le nom de conseil d'administration, devrait décider du montant des forfaits sur proposition du comité paritaire et disposer d'un pouvoir de départage en cas de blocage du comité (dont le président n'aurait plus voix prépondérante). Les membres de ce conseil qui représentent les professionnels de santé ne doivent pas être issus du bureau du conseil de surveillance afin de bien marquer la différence de nature des fonctions de chacune des instances.

[253] Le président du conseil d'administration doit recevoir mission de mettre en place la réforme du DPC.

Recommandation n°25 : Ériger le conseil de gestion en conseil d'administration et instaurer une incompatibilité entre les fonctions au sein du conseil de gestion et celles au sein du conseil de surveillance

[254] Le conseil de surveillance doit recevoir, à travers son président, mission d'accomplir les travaux qui préparent les orientations de la formation professionnelle dans le domaine de la santé. La mission a constaté que beaucoup de sujets étaient l'objet de récrimination : nombre de méthodes retenues par la HAS, valeur de certaines d'entre elles (comme les congrès scientifiques), nature et techniques de l'évaluation des formations, etc. Il n'entre pas le plus souvent dans les compétences de l'Etat de trancher ces sujets mais c'est bien aux professions d'instruire ces sujets et de proposer des solutions. La responsabilité de l'Etat est de leur offrir le lieu où élaborer les consensus qu'un texte viendra sanctionner. Le conseil de surveillance doit être ce lieu.

Recommandation n°26 : Mandater le conseil de surveillance pour préparer les consensus nécessaires sur les questions à caractère scientifique ou pédagogique

[255] Compte tenu des effectifs du conseil de surveillance, le rôle d'un bureau est essentiel. Aussi il doit en être le reflet. La « captation » des sièges par les seuls professionnels libéraux n'est pas admissible. La chose ne se serait peut-être pas produite si les membres du bureau n'étaient aussi membres du conseil de gestion dont les décisions impactent davantage le monde libéral que le monde hospitalier. En tout état de cause, il convient qu'une disposition réglementaire soumette la validité de l'élection du bureau à la présence en son sein d'un nombre à déterminer de professionnels hospitaliers.

Recommandation n°27 : Assurer la présence des personnels hospitaliers au sein du bureau du conseil de surveillance

3.2.5 Garantir l'ouverture du marché de la formation et une concurrence loyale

3.2.5.1 Les ODPC particuliers

A – Les organismes d'accréditation

[256] La démarche d'accréditation des professionnels de santé est une démarche volontaire, prévue par le code de la santé publique (articles L. 4135-1 et suivants), qui permet aux médecins exerçant dans des spécialités dites « à risque » (par exemple, neurochirurgie, chirurgie vasculaire) de faire examiner leur pratique par des organismes spécialisés, les organismes d'accréditation.

[257] Cette démarche participe à l'évaluation des pratiques professionnelles et à la formation médicale continue, donc au DPC. La HAS définit les méthodes, valide les référentiels et organise la procédure d'accréditation. En particulier, elle est chargée d'agréer les organismes d'accréditation. Un seul organisme est agréé pour chaque spécialité (ce qui n'est pas une exigence du code de la santé publique), dont la liste est publiée sur le site de la HAS²⁸.

[258] Dès lors que dix-huit organismes d'accréditation sur les vingt agréés par la HAS ont demandé leur reconnaissance comme organisme de DPC, sur le segment de marché de la formation DPC qu'est l'accréditation, les professionnels désirant faire accréditer leur pratique ne pourront s'adresser qu'à un seul organisme par spécialité. Il en résulte un monopole en termes d'offre de formation, contraire à la volonté du législateur de 2009 d'ouvrir le marché et contraire au droit de la concurrence.

B – Le CNGE et les ODPC de spécialité montés par la FSM

[259] CNGE Formation est un ODPC enregistré par l'ODPC sous le n° 1110 au titre de la période transitoire pour délivrer des formations aux médecins. Sa particularité est d'être le seul organisme bénéficiant de la reconnaissance universitaire pour la formation des maîtres de stage (formation reconnue comme valant DPC). Concrètement, seul le CNGE peut former des maîtres de stage. Lorsque d'autres organismes organisent des formations de maître de stage, le CNGE a accepté de partager les contenus de la formation à la condition que l'un de ses experts soit présent aux côtés des enseignants de l'autre ODPC. Il s'agit donc d'une situation de monopole de fait dans un contexte de DPC.

[260] Une situation équivalente est en préparation avec la mise en place, encouragée par la Fédération des spécialités médicales, d'ODPC de spécialité, qui visent à assurer la formation des médecins spécialistes.

Recommandation n°28 : Faire examiner par la direction des affaires juridiques des ministères sociaux la situation des organismes d'accréditation, du CNGE et des ODPC de spécialité au regard du principe de libre accès au marché défini par la directive "Services" de 2006

²⁸ <http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2008-0068.pdf>

3.2.5.2 Les universités, acteurs particuliers dont la place n'a pas été définie

A – Deux modalités de reconnaissance des formations réalisées par l'université

- [261] Les articles L. 123-3 et 123-4 du code de l'éducation mentionnent la « participation à la formation continue » et la réalisation de formations de formateurs parmi les missions des universités.
- [262] Dès lors, les universités ont vocation à participer au DPC de l'ensemble des professionnels de santé. Deux modalités leur sont ouvertes par les textes régissant le DPC :
- Modalité n° 1 : les articles R. 4021-23 et suivants du code de la santé publique instaurent l'enregistrement des ODPC auprès de l'OGDPC. Une université peut demander la reconnaissance du caractère d'ODPC à l'instar des autres organismes.
 - Modalité n° 2 : les articles R. 4133-5 et D. 4133-16, 6°, du code de la santé publique, prévoient qu'un médecin remplit son obligation de DPC s'il a suivi dans l'année civile précédente un diplôme d'université reconnu comme équivalent à un programme de DPC. Cette reconnaissance est fondée sur l'établissement d'une liste de diplômes par la CSI des médecins. Des dispositions similaires valent pour les autres professions.
- [263] Une recherche à partir du mot-clé « université » sur le site de l'OGDPC montre qu'une quarantaine d'universités ont déjà obtenu leur enregistrement comme ODPC au titre de la modalité n°1.
- [264] La coexistence des deux modalités permettant aux universités de participer au DPC pose question. Plus particulièrement, la modalité n° 2 apparaît peu pertinente, en ce qu'elle crée une dérogation peu justifiée au principe général que le DPC soit réalisé au sein d'un ODPC enregistré (article R. 4133-2 CSP pour les médecins, par exemple). Si une quarantaine d'universités se sont déjà vues enregistrées comme ODPC, la possibilité pour un professionnel de santé de réaliser un DU valant DPC au sein d'une université non reconnue apparaît peu pertinente.
- [265] La mission recommande la suppression de cette modalité, par la suppression du 6° de l'article D. 4133-16 CSP pour les médecins et ses équivalents pour les autres professions de santé.

Recommandation n°29 : Supprimer le 6° de l'article D. 4133-16 CSP pour les médecins et ses équivalents pour les autres professions de santé

B – Un risque d'atteinte à la loyauté de la concurrence sur le marché de la formation

- [266] Par ailleurs, les universités étant financées partiellement sur fonds publics, il existe un risque de voir la concurrence entre ODPC faussée si les fonds publics subventionnent de manière directe ou indirecte (mise à disposition gratuite de locaux, bénéfice de temps d'enseignants) l'activité concurrentielle de DPC. Dès lors, il importe que les structures universitaires identifient précisément les recettes et coûts générés par l'activité de DPC afin de pouvoir prouver qu'elles ne disposent d'aucun avantage qui fausse ou menace de fausser la concurrence en renforçant leur position concurrentielle²⁹. Cela passe par la tenue d'une comptabilité analytique précise ou – comme l'ont déjà réalisé certaines universités enregistrées comme ODPC – par la création de structures ad hoc, dispositions que recommande la mission.

²⁹ CJCE, C-280/00, *Altmark Trans GmbH*, 24 juillet 2003, §92.

3.2.5.3 Les établissements de santé publics

- [267] Les établissements de santé publics sont financés sur fonds publics, issus de l'assurance maladie et de l'Etat. Ils ont la possibilité de se faire reconnaître comme ODPC. De très nombreuses structures hospitalières (publiques comme privées) sont d'ores et déjà reconnues comme ODPC.
- [268] Dans le cas des structures publiques, le risque de financement sur fonds publics d'une activité de formation dans le champ concurrentiel se pose de la même manière que pour les universités.
- [269] Dès lors, de même que pour les universités, la mission recommande l'identification comptable, au sein de chaque établissement de santé agréé comme ODPC, des recettes et coûts générés par l'activité de DPC, au besoin en créant une structure juridique distincte.

Recommandation n°30 : Saisir la direction des affaires juridiques des ministères sociaux du cas des universités et des établissements de santé

Recommandation n°31 : Imposer aux universités et établissements de santé de tenir une comptabilité analytique faisant apparaître de manière distincte les coûts et bénéfices liés à l'activité de formation valant DPC

3.2.6 Clarifier le statut du DPC pour les professionnels de santé salariés et leurs employeurs

- [270] Les textes relatifs au DPC font l'objet d'interprétations divergentes entre représentants des employeurs publics et privés et syndicats de professionnels hospitaliers – essentiellement des médecins – quant aux prérogatives des professionnels dans l'utilisation du DPC.
- [271] À titre liminaire, la mission remarque que :
- D'une part, le DPC transcende les catégories de formations généralement reconnues par le code du travail : le DPC correspond tout à la fois à une adaptation du professionnel à son poste de travail, participe du maintien de son employabilité et constitue une manière pour le professionnel de santé de développer ses compétences. La séparation opérée par le code du travail entre ces items (les deux premiers relevant de la responsabilité de l'employeur, le dernier de celle du salarié) n'est pas opérante.
 - D'autre part, la diversité des statuts des professionnels de santé (exercice libéral, salarié³⁰, contractuel de droit public³¹, fonctionnaire hospitalier³², de l'État³³ ou des collectivités locales³⁴) est peu traitée par les textes régissant le DPC, nourrissant le sentiment d'un dispositif uniquement tourné vers les libéraux.
 - Enfin, les règles posées par le code de la santé publique relatives à la formation des professionnels de santé et spécifiquement au DPC ne sont pas homogènes selon les catégories de personnels concernés. Certaines ne concernent que les médecins, d'autres les personnels médicaux, maïeutiques, odontologiques et pharmaceutiques, d'autres l'ensemble

³⁰ Cas, entre autres, du "médecin collaborateur salarié" de l'article R. 4127-87 CSP, des médecins du travail, du professionnel salarié d'un centre de santé, du praticien-conseil de l'assurance-maladie et des professionnels de santé exerçant dans les établissements privés à but non lucratif et les centres de lutte contre le cancer

³¹ Cas des médecins praticiens hospitaliers au sein des établissements de santé publics par exemple

³² Cas des personnels autres que médecins au sein des établissements de santé publics par exemple

³³ Cas des professeurs des universités-praticiens hospitaliers, des médecins scolaires, des médecins ou pharmaciens inspecteurs de santé publique

³⁴ Cas des professionnels de santé (médecins, sages-femmes) territoriaux exerçant dans les services de PMI, dans les MDPH, etc.

des professions soumises à l'obligation de DPC. Il en résulte une complexité extrême pour comprendre quelles sont les obligations des différentes professions.

3.2.6.1 Deux interprétations des textes sont possibles

A – Le DPC vu comme un instrument à la main de l'employeur

- [272] Cette interprétation est fondée, pour les établissements publics de santé, sur l'article L. 6143-7 CSP qui donne compétence au directeur d'établissement pour conduire la politique générale de l'établissement et exercer son autorité sur l'ensemble du personnel. On considère que le DPC relève du domaine de la formation, donc des ressources humaines, donc du pouvoir de direction du directeur d'établissement.
- [273] Au surplus, l'établissement finance, directement ou par le truchement d'une cotisation à l'un des organismes paritaires collecteurs agréés – l'ANFH dans le cas des hôpitaux publics –, le DPC des professionnels de santé (article L. 6155-4 CSP).
- [274] Des compétences spécifiques sont reconnues à la commission médicale d'établissement (CME) pour les médecins, pharmaciens, chirurgiens-dentistes et sages-femmes :
- La CME « est consultée » et « contribue » à la politique d'amélioration de la qualité, notamment en ce qui concerne le plan de DPC pour les personnels cités plus haut (articles R. 6144-1 et 2 CSP).
 - Le président de la CME « coordonne l'élaboration » du plan de DPC pour les médecins (article D. 6143-37-2 CSP).
- [275] Dans les seuls établissements publics de santé, la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques (CSIRMT) est également consultée sur le plan de DPC pour les professions paramédicales (article R. 4382-6 CSP).
- [276] Dans le cas des praticiens hospitaliers à temps complet (article R. 6152-34) comme à temps partiel (article R. 6152-226), le code de la santé publique précise, depuis le 20 septembre 2013, que le DPC est « organisé par le plan » sur lequel la CME est consultée.
- [277] Au sein des établissements de santé privés, le pouvoir de direction de l'employeur (article L. 230-3 du code de travail) s'articule avec une obligation pesant sur lui de maintenir la capacité des salariés à occuper un emploi (article L. 6321-1 du code du travail).

B – Le DPC vu comme une obligation déontologique personnelle du professionnel de santé

- [278] Que le DPC constitue une obligation déontologique pour les médecins n'est pas contestable, le code de déontologie médicale la mentionnant explicitement³⁵ (article R. 4127-11 CSP). Cette analyse peut être étendue aux autres professions ayant inscrit dans leur code de déontologie une obligation d'actualisation des connaissances³⁶. Or, les obligations déontologiques ont une force supérieure au pouvoir de direction du directeur d'établissement de santé public³⁷.

³⁵ « Tout médecin entretient et perfectionne ses connaissances dans le respect de son obligation de développement professionnel continu. »

³⁶ L'article R. 4235-11 CSP prévoit que « les pharmaciens ont le devoir d'actualiser leurs connaissances » et ce, quelles que soient les personnes morales au sein desquelles ils exercent (article R. 4235-1 CSP).

³⁷ Selon l'article L. 6143-7 CSP « Le directeur exerce son autorité sur l'ensemble du personnel dans le respect des règles déontologiques ou professionnelles qui s'imposent aux professions de santé, des responsabilités qui sont les leurs dans l'administration des soins et de l'indépendance professionnelle du praticien dans l'exercice de son art. »

- [279] Le législateur impose par ailleurs aux employeurs, publics et privés, de permettre aux médecins, pharmaciens, chirurgiens-dentistes et sages-femmes salariés de respecter leur obligation de DPC (articles L. 4133-4, L. 4143-4, L. 4236-4 et L. 4153-4 CSP). Pour les autres professions, seul le « respect des règles d'organisation et de prise en charge propre [au] secteur d'activité » est mentionné (articles L. 4242-1 et 4382-1 CSP).
- [280] De plus, l'article L. 4133-1 CSP précise – pour les médecins mais la formule est répliquée pour les chirurgiens-dentistes, pharmaciens et sages-femmes – que le DPC constitue une obligation, le texte réglementaire venant préciser qu'il s'agit d'une obligation « individuelle » et non une obligation reposant sur l'employeur.
- [281] Le médecin est d'ailleurs comptable de la bonne réalisation de cette obligation non pas devant son employeur mais devant l'ordre des médecins, qui peut prescrire un plan personnalisé de DPC en cas de non-réalisation de son obligation annuelle (article R. 4133-13 CSP).
- [282] Enfin, pour les quatre professions mentionnées plus haut, il est précisé (aux articles R. 4133-7, R. 4236-7, 4143-7 et 4153-7 CSP) que les professionnels de santé « choisissent librement les organismes de développement professionnel continu qui mettent en œuvre les programmes auxquels [ils] participent ».

3.2.6.2 La clarification des textes doit faire émerger une solution pragmatique

- [283] Deux convictions guident la mission dans la recherche d'une solution pragmatique clarifiant les responsabilités de chacun.

A – L'absence de distinctions entre catégories professionnelles est indispensable

- [284] Les textes relatifs au DPC au sein des établissements publics et privés ne peuvent maintenir le foisonnement actuel de règles spécifiques à une profession ou à une catégorie d'établissement. Lorsque l'obligation transversale de DPC se heurte aux règles spécifiques de gestion d'une catégorie d'établissement ou d'une profession, l'obligation de DPC doit prévaloir.
- [285] En effet, l'intérêt du DPC pour le système de soins est que le patient soit pris en charge par des professionnels formés, quel que soit leur statut, leur mode d'exercice ou la précision des termes dans lesquels leur obligation déontologique de formation est rédigée.
- [286] Par ailleurs, des modalités pratiques trop divergentes dans la mise en place du DPC au sein des établissements de santé vont d'une part miner la légitimité du dispositif si les contraintes ne sont pas les mêmes pour tous et d'autre part empêcher la mise en place de formations pluri-professionnelles, particulièrement utiles au sein des établissements de santé.

B – Les solutions "polaires" ne sont pas tenables

- [287] Assimiler le DPC à un plan de formation décidé par la CME ou la CSIRMT et imposé par le directeur d'établissement, comme le prévoit le décret du 20 septembre 2013 pour les praticiens hospitaliers, est source d'inefficacité. Le meilleur connaisseur des besoins en formation est le professionnel de santé lui-même et l'on ne sait pas que quiconque ait réussi à former un professionnel contre son gré.
- [288] Par ailleurs, on voit mal comment combiner la liberté de choix d'un organisme de DPC avec l'imposition d'une formation particulière : quid du professionnel choisissant un organisme de DPC ne proposant pas ladite formation imposée ?

- [289] Enfin, un plan de formation élaboré par la CME d'un établissement de santé ne peut pas embrasser toutes les aspirations des professionnels de santé, par exemple une volonté de réorientation professionnelle vers une spécialité qui n'est pas pratiquée dans l'établissement.
- [290] L'interprétation « individualiste » du DPC n'est pas plus convaincante : laisser chaque professionnel salarié décider de son DPC à la manière d'un professionnel libéral mettra à bas toutes les tentatives pour identifier les besoins collectifs de formation au sein d'un établissement de santé, en sus de délégitimer les CME et CSIRMT. Enfin, cela met un frein très fort aux possibilités de formations pluri-professionnelles au sein de l'établissement.

C – Une proposition médiane, assimilant le DPC au DIF

- [291] Deux possibilités sont ouvertes pour éviter les écueils mentionnés plus haut :
- Soit identifier, au sein des financements DPC dans les établissements de santé, une section "contrainte" par le plan de DPC élaboré par l'employeur, la CME ou la CSIRMT et une section « libre d'emploi » à la main du professionnel de santé. Cela revient à juxtaposer les deux conceptions opposées du DPC au sein d'une même enveloppe financière.
 - Soit trouver une voie médiane entre un plan imposé et une initiative individuelle, qui est la voie proposée par la mission et qui s'inspire des dispositions du code du travail relatives au droit individuel à la formation³⁸.
- [292] Il s'agit d'abord de rappeler le caractère d'obligation individuelle que constitue le DPC : le professionnel de santé doit pouvoir être à l'initiative d'une proposition d'un thème de formation et d'un organisme pour le suivre, ce qui suppose une inscription des professionnels de santé au site « mondpc.fr ».
- [293] La CME ou la CSIRMT vérifiera que la formation proposée correspond bien au plan de DPC sur lequel elles ont été consultées ou du plan de formation prévu dans le projet d'établissement ; elles pourront également proposer une alternative au professionnel de santé. Aucune formation correspondant au plan de DPC ne peut être refusée.
- [294] Si aucun accord n'est trouvé, la formation ne sera prise en charge financièrement par l'établissement de santé que si elle correspond au plan de formation. Toutefois, pour limiter les possibilités de blocage, la mission propose que le refus par l'employeur pendant deux années civiles consécutives d'une formation demandée par le salarié emporte la possibilité pour celui-ci de choisir librement la formation et l'organisme qui la dispense pour la troisième année.
- [295] La mission est consciente du caractère imparfait de cette solution, dont l'unique ambition est de fournir une piste non-contentieuse de règlement de situations potentiellement conflictuelles entre salarié et employeur. Cette modification devrait être inscrite dans les articles L. 4133-4, L. 4143-4, L. 4236-4, L. 4153-4, L. 4242-1 et 4382-1 du code de la santé publique.

Recommandation n°32 : Modifier la partie législative du code de la santé publique en prévoyant que l'initiative de la formation valant DPC relève du salarié et que le refus par l'employeur pendant deux années civiles consécutives d'une formation demandée par le salarié emporte la possibilité pour celui-ci de choisir librement la formation et l'organisme qui la dispense pour la troisième année.

³⁸ En particulier de l'article L. 6323-12 du code du travail : « Lorsque, durant deux exercices civils consécutifs, le salarié et l'employeur sont en désaccord sur le choix de l'action de formation au titre du droit individuel à la formation, l'organisme collecteur paritaire agréé au titre du congé individuel de formation dont relève l'entreprise assure par priorité la prise en charge financière de l'action dans le cadre d'un congé individuel de formation, sous réserve que cette action corresponde aux priorités et aux critères définis par cet organisme ».

3.3 Scénario 2 : un OGDPC pilote mais une gestion déléguée

- [296] Le scénario 1 engage l'État en première ligne dans un grand travail d'adaptation et laisse à l'OGDPC une charge intacte. Il est apparu à la mission opportun d'envisager un schéma qui allège le rôle tant de l'État que de l'OGDPC tout en préservant une démarche qui, sur la base d'une obligation légale, englobe tous les segments de la formation continue, financés sur fonds publics.
- [297] Mais dans une préoccupation d'allègement cherchant à mieux articuler spécificités de chaque profession ou mode d'exercice et formation pluri-professionnelle ainsi qu'inter-sectorielle, la mission de l'OGDPC sera axée sur cette dernière dimension – dont le principe est posé dans la réforme de 2009 et réaffirmé dans la stratégie nationale de santé – et la gestion des formations propres à chaque profession déléguée à chacun des opérateurs existants, ANFH, OPCA, FAF-PM et FIF-PL.
- [298] En effet, comme on l'a vu, le système reste éclaté entre de nombreux organismes : OGDPC pour certains professionnels libéraux, FAF-PM et FIF-PL pour ces mêmes libéraux mais également pour les professionnels de santé non gérés par l'OGDPC et différents OPCA pour les salariés. Il s'agit de tirer parti de cet éclatement pour démultiplier les efforts.
- [299] Concernant l'OGDPC, afin de lui permettre d'achever sa montée en charge, son activité sera recentrée sur les fonctions suivantes :
- La répartition de l'enveloppe annuelle de DPC entre les différents organismes collecteurs en fonction des effectifs d'adhérents. L'enveloppe annuelle sera alimentée par la taxe renouvelée telle que décrite *supra* (point 3.2.1.1 C). Des conventions entre l'OGDPC et les organismes chargés du financement du DPC des différentes professions selon leurs différents statuts comporteront des clauses d'utilisation des fonds, notamment pour garantir la libre concurrence entre organismes de formation et permettre l'indemnisation des professionnels que n'assurent pas aujourd'hui les FAF.
 - La réalisation des programmes de DPC pluri-professionnels, inter-sectoriels et de priorités de santé publique en procédant à des appels d'offre³⁹ sur la base de cahiers des charges et en sollicitant auprès des CSI une évaluation par programme. Ce rôle central de l'OGDPC mettra fin à la multiplicité des canaux de financements pour ce type de formations.
 - La gestion de la qualité en organisant l'évaluation *a priori* des organismes de formation par les CSI et en effectuant le contrôle *a posteriori* des formations.
 - L'information des professionnels de santé, par le dépôt en un point unique des programmes de formation, sur l'ensemble des programmes de formation.
 - La communication sur l'obligation de DPC.
- [300] La gestion des autres volets du DPC sera déléguée aux organismes collecteurs à toutes ces structures. Les professions auront la responsabilité de déterminer le niveau de prise en charge des frais pédagogiques, le montant des indemnisations, la durée et la nature des formations.

³⁹ Cette possibilité existe déjà ; il conviendra de conserver l'article R. 4021-22 CSP qui dispose : « À la demande du ministre chargé de la santé, l'organisme gestionnaire du développement professionnel continu passe tout marché de prestations de développement professionnel continu, notamment pour répondre à des besoins spécifiques urgents de santé publique. Les commissions scientifiques indépendantes et la commission scientifique du Haut Conseil des professions paramédicales, selon les professions concernées, en sont informées. »

- [301] Ce scénario préserve l'essentiel des acquis de la réforme de 2009 ainsi que les efforts des acteurs qui se sont impliqués dans sa mise en œuvre. Mais, tenant compte, de la charge excessive qui pèse sur l'OGDPC, ce scénario la répartit entre les différentes structures existantes, rééquilibrant dans le même temps les responsabilités entre l'Etat et les professionnels de santé.
- [302] C'est ce scénario que préconise la mission, sans toutefois exclure les deux derniers, car il demeure proche des principes de la réforme initiale tout en assurant mieux la mise en œuvre par l'allègement du rôle de l'OGDPC.

3.4 Scénario 3 : un DPC recentré sur les connaissances critiques

- [303] Dans une démarche croissante d'allègement du rôle des pouvoirs publics, on peut augmenter l'autonomie des partenaires sociaux tout en préservant le rôle stratégique de l'État.
- [304] La santé est une politique de l'État qui peut justifier la création d'un socle minimal de formation dont l'objet est principalement centré sur la sécurité des soins. Ce service minimum semble mieux proportionné aux capacités budgétaires de l'État et de l'assurance maladie. Serait clairement écarté le financement par l'État des formations pour la réorientation professionnelle ou le développement de carrière. De telles formations de même que l'actualisation plus complète des connaissances relèveraient des mécanismes de droit commun (cf. *infra*).
- [305] On peut ainsi envisager un scénario qui – rejoignant l'intention des promoteurs de la réforme de 2009 – repose sur une obligation d'évaluation personnalisée de besoins de formation du professionnel de santé à partir de laquelle celui-ci établirait un plan personnalisé de formation. À titre d'exemple, chez les médecins, les outils du bilan seront élaborés par les Conseils nationaux professionnels et, pour les généralistes, par le Collège de médecine générale.
- [306] Ces mêmes instances élaboreront des modules de formations très courtes assurant une actualisation minimale des connaissances compte tenu des « progrès récents de la médecine », selon la formule du code de déontologie.
- [307] Les documents nécessaires au bilan seront distribués par les ordres, les ARS ou les employeurs selon le mode d'exercice du professionnel.
- [308] Un GIP recensera et évaluera les organismes qui proposent les formations que doivent suivre les professionnels compte tenu des constats consécutifs au bilan. Cela peut sembler une mécanique lourde pour un pan réduit de la formation. Mais le fruit de cette évaluation peut profiter aux OPCA et autres FAF pour la sélection de leurs programmes de formation.
- [309] Les professionnels choisiront les organismes ayant été évalués favorablement et les formations qui conviennent à leurs besoins.
- [310] L'organisme de formation délivrera une attestation que le professionnel remettra à son ordre, à l'ARS ou à son employeur qui en transmettront une copie au GIP afin que celui-ci puisse opérer les contrôles nécessaires après paiement des organismes de formation et des professionnels.
- [311] L'État financera les dépenses de formation des organismes et indemniserà les pertes de revenus des professionnels libéraux.
- [312] A ce stade l'État, plus incitateur que producteur, contribuera à une connaissance des besoins de formation et non à y répondre. Mais ce schéma pourrait constituer la première brique d'un dispositif plus ambitieux qui aboutirait à la re-certification.

3.5 Scénario 4 : l'application du droit commun de la formation

3.5.1 Des obligations souples peuvent remplacer la complexité actuelle

- [313] Ce dernier scénario renvoie aux partenaires sociaux l'intégralité de la mise en œuvre d'une formation continue. Les pouvoirs publics, à travers l'Assurance maladie, rémunèrent une performance – la qualité des soins – dont l'obtention tient pour partie à une formation continue dans laquelle l'État n'intervient pas.
- [314] Il s'agit en premier lieu de supprimer l'obligation légale de DPC telle qu'elle a été instaurée par la loi HPST, afin de la remplacer par une obligation déontologique de formation et d'actualisation des connaissances, dans le respect des méthodes de la HAS. Cela implique l'abrogation de l'article 59 de la loi HPST et la réécriture des obligations déontologiques qui y font référence (tel l'article 11 du code de déontologie des médecins) pour des formulations plus souples (telle celle en vigueur pour les pharmaciens), mais faisant référence aux méthodes de la HAS.
- [315] Ensuite, il s'agit de supprimer l'OGDPC, y compris les CSI, de fermer les sites internet « mondpc.fr » et « ogdpc.fr » et de réintégrer les personnels de l'OGDPC, qui en sont issus, dans les organismes du régime général ou de licencier les personnels en recrutement direct.
- [316] Troisièmement, les financements publics du dispositif sont supprimés, ce qui implique simplement de maintenir l'affectation des ressources issues de l'industrie des produits de santé à la CNAMTS. Les structures gérées par les professionnels libéraux (FIF-PL et FAF-PM) sont maintenues et apportent des sources de financement complémentaires dans les mêmes conditions qu'aujourd'hui, mais sans crainte de devoir consacrer l'ensemble de leurs ressources au DPC.
- [317] Afin de compenser la suppression de l'obligation légale et des financements publics, des incitations à la formation doivent être offertes aux professionnels de santé de manière adaptée à leur statut. Ces incitations sont financées par les économies générées par la suppression des crédits actuellement dédiés à l'OGDPC :
- pour les professionnels libéraux, il pourrait s'agir alternativement ou cumulativement :
 - de points de ROSP (rémunération sur objectifs de santé publique) attribués par l'assurance-maladie sur présentation d'une attestation de formation de manière différenciée selon l'effort fourni et l'adaptation de la formation aux nécessités de santé publique ;
 - d'une autorisation de majoration du tarif à l'acte selon les mêmes conditions, par exemple de 0,5 € par acte sur le modèle belge ;
 - pour les professionnels salariés (des établissements de santé et autres structures) et fonctionnaires, l'obligation de formation serait financée dans le cadre des plans de formation par les employeurs publics et privés, avec un rôle des OPCA inchangé. Dans le cas des établissements de santé, un lien pourrait être fait entre obligation de formation des professionnels de santé et certification de l'établissement.
- [318] Enfin, la possibilité ouverte par l'article R. 4021-22 CSP à l'État de demander à l'OGDPC de lancer des appels d'offre pour des actions de formation correspondant à des priorités (projet PAERPA) ou urgences (grippe H1N1) de santé publique doit être conservée et confiée à la DGOS.

3.5.2 La simplification du dispositif actuel se fait au prix d'une perte d'ambition

[319] Selon un récent article, « *L'État a généré un dispositif qu'il ne maîtrise plus, ni dans sa finalité, ni dans ses objectifs, ni dans son pilotage*⁴⁰ ». L'application de ce scénario prend acte de l'échec d'un dispositif trop ambitieux, trop complexe et qui expose l'État à une critique incessante. Dit autrement, le système actuel est vu comme irréformable, les points de blocage étant trop nombreux (absence de définition du contenu du DPC et d'évaluation des besoins des professionnels, financement déconnecté de l'ambition de former l'ensemble des professionnels de santé avec les forfaits actuels, engorgement des CSI) pour mériter d'être repris un à un.

[320] Les limites de cette configuration relèvent d'aspects symboliques et pratiques :

- Symboliquement, la suppression du DPC et de l'OGDPC met un coup d'arrêt à une période de montée en puissance d'obligations de formation de plus en plus précises, ouverte en 1996, développée en 2002 puis en 2004. Le découragement des professionnels et organismes impliqués dans le DPC n'est pas à sous-estimer.
- Aucun contrôle exorbitant du droit commun de la formation professionnelle ne sera possible afin de garantir une qualité minimale des formations.
- La transition entre le système actuel et celui dessiné plus haut sera délicate : l'OGDPC devra solder les indemnisations d'organismes et de professionnels pour les formations DPC réalisées, les organismes de formation enregistrés verront leur évaluation favorable perdre toute valeur réglementaire.

[321] Ce scénario présente en revanche trois avantages majeurs :

- la simplicité ;
- l'intervention de l'État réduite à deux aspects stratégiques (l'application des méthodes de la HAS et l'ouverture du marché de la formation) tout en responsabilisant les professionnels de santé et leurs employeurs – qui doivent avancer les sommes nécessaires – pour organiser leur formation ;
- la production d'au moins 8 millions d'euros d'économies (soit le budget de gestion administrative de l'OGDPC pour 2013) et le transfert aux professionnels des moyens d'autofinancer leur formation.

[322] Il s'inscrit dans une conception de l'État qui limite son intervention comme opérateur et responsabilise les acteurs sociaux.

Bertrand DEUMIE

Philippe GEORGES

⁴⁰ *Le collège de la médecine générale prédit l'échec du DPC*, Le Quotidien du Médecin, 10 décembre 2013

RECOMMANDATIONS DE LA MISSION

| N° | Recommandations |
|----|---|
| 1 | Assurer un contrôle complet du GIP par le CGEFI |
| 2 | Recueillir sous trois mois les DPI de l'ensemble des membres des instances et CSI de l'OGDPC. Déchoir de leur mandat et remplacer ceux refusant de fournir leur DPI |
| 3 | Instaurer une procédure de mise en demeure à l'initiative de l'OGDPC à l'encontre des organismes de formation à l'issue d'un contrôle |
| 4 | Ajuster le budget de l'OGDPC à l'obligation de DPC et les forfaits sur la base d'un coût moyen majoré |
| 5 | Réintégrer la formation des formateurs dans les forfaits et ne plus faire financer par l'OGDPC les formations à la maîtrise de stage |
| 6 | Adopter un plan pluriannuel de financement du DPC |
| 7 | A moyen terme, affecter le produit d'une taxe plus large que celle sur les spécialités pharmaceutiques au financement global et direct du DPC |
| 8 | Mettre en place des incitations au suivi du DPC |
| 9 | Instituer un comité informel des usagers de l'OGDPC |
| 10 | Établir un plan hiérarchisé d'amélioration des procédures assorti d'un calendrier de réalisation |
| 11 | À l'initiative de l'OGDPC, transmettre au ministère chargé de la santé un inventaire des dispositions inutiles ou bloquantes |
| 12 | Ajouter une fenêtre sur le site pour annoncer les travaux d'amélioration en cours |
| 13 | Renforcer le standard téléphonique pour donner quelques explications sur les difficultés et leurs traitements |
| 14 | Assurer la stabilité des orientations nationales du DPC le temps de la montée en charge de la réforme |
| 15 | Veiller à la bonne articulation des calendriers des plans de formation et de l'arrêté définissant les orientations nationales |
| 16 | Apprécier l'obligation de DPC dans le cadre d'une période de trois ans |
| 17 | Rouvrir la période pendant laquelle les organismes agréés au titre des dispositifs antérieurs sont enregistrés et évalués favorablement |
| 18 | Abroger le I de l'article 4 de l'arrêté du 12 décembre 2012 relatif à la composition du dossier de demande d'enregistrement |
| 19 | Augmenter les capacités d'examen de dossiers des CSI, notamment en autorisant les suppléants à siéger et à examiner les dossiers |
| 20 | Fixer un montant unique pour la rémunération des rapporteurs à un niveau permettant la participation des titulaires et des suppléants |
| 21 | Mettre en place un mécanisme de contrôle <i>a posteriori</i> le plus rapidement possible |

| | |
|-----------|---|
| 22 | Préciser ce qu'est un contrôle administratif et un contrôle scientifique ; soumettre aux CSI un plan de contrôle ; sélectionner suffisamment d'auditeurs externes pour atteindre un nombre de contrôles crédible |
| 23 | Diminuer de moitié les crédits affectés aux vacations et aux frais de déplacement des instances hors CSI. Affecter les 755 000 € ainsi économisés aux vacations et frais annexes des contrôleurs |
| 24 | Mettre fin aux réunions du groupe de contact et dissoudre le groupe de contact |
| 25 | Ériger le conseil de gestion en conseil d'administration et instaurer une incompatibilité entre les fonctions au sein du conseil de gestion et celles au sein du conseil de surveillance |
| 26 | Mandater le conseil de surveillance pour préparer les consensus nécessaires sur les questions à caractère scientifique ou pédagogique |
| 27 | Assurer la présence des personnels hospitaliers au sein du bureau du conseil de surveillance |
| 28 | Faire examiner par la direction des affaires juridique du ministère sociaux la situation des organismes d'accréditation, du CNGE et des ODPC de spécialité au regard du principe de libre accès défini par la directive « Services » de 2006 |
| 29 | Supprimer le 6° de l'article D. 4133-16 CSP pour les médecins et ses équivalents pour les autres professions de santé |
| 30 | Saisir la direction des affaires juridiques des ministères sociaux du cas des universités et des établissements de santé |
| 31 | Imposer aux universités et établissements de santé de tenir une comptabilité analytique faisant apparaître de manière distincte les coûts et bénéfices liés à l'activité de formation valant DPC |
| 32 | Modifier la partie législative du code de la santé publique en prévoyant que l'initiative de la formation valant DPC relève du salarié et que le refus par l'employeur pendant deux années civiles consécutives d'une formation demandée par le salarié emporte la possibilité pour celui-ci de choisir librement la formation et l'organisme qui la dispense pour la troisième année |

LETTRE DE MISSION



MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ

La Ministre

CAB OTS – EPT/MCA – Mc D 2013-4843

| |
|--|
| Inspection Générale Des Affaires Sociales |
| - 2 JUL. 2013 |
| N° 316 |

Paris, le 01 JUL. 2013

NOTE

À l'attention de

Monsieur Pierre BOISSIER

Chef de l'Inspection Générale des Affaires sociales

: - :- :

Objet : contrôle de l'organisme gestionnaire du développement professionnel continu (OGDPC).

Instauré par la loi n° 2009-879, l'organisme chargé de la gestion du développement professionnel continu (OGDPC) est en phase de montée en charge. Le dispositif de formation professionnelle continue des professionnels de santé devrait ainsi être stabilisé dans les mois qui viennent.

Dans cette perspective, je souhaiterais disposer d'une appréciation détaillée de la manière dont l'OGDPC répond aux objectifs d'une formation continue de qualité, capable de faire face aux enjeux de santé et d'efficience des financements publics. C'est pourquoi je vous demande de diligenter un contrôle de cet organisme.

La mission sera chargée de s'assurer que l'organisation et les compétences mobilisées pour le fonctionnement de l'OGDPC permettent de répondre aux nombreux enjeux de la réforme de la formation continue, plus particulièrement en matière de gouvernance et de pilotage médico-économique.

Elle évaluera les moyens mis en œuvre pour prévenir les conflits d'intérêts des membres siégeant aux différentes instances ou encore pour garantir, à travers les règles de tarification et d'indemnisation, une allocation optimale des ressources au profit des organismes de formation et des professionnels de santé.

La mission formulera, si besoin est, toute proposition, y compris de nature réglementaire, d'amélioration du dispositif.

Vous veillerez à recueillir les observations de l'ensemble des parties prenantes : direction du GIP-OGDPC, membres de l'organisation et des instances qui le composent, syndicats représentant les professionnels de santé, responsables des organismes de DPC, Haute autorité de santé, etc.

Vos conclusions devront m'être remises dans un délai de trois mois.

Marisol TOURAINE

**REPONSES DE L'ORGANISME GESTIONNAIRE DU
DEVELOPPEMENT PROFESSIONNEL CONTINU
(OGDPC)**



PROCEDURE CONTRADICTOIRE OGDPC

*RAPPORT IGAS : Contrôle de l'Organisme Gestionnaire
du Développement Professionnel Continu et évaluation
du développement professionnel continu des
professionnels de santé*

Docteur Monique WEBER – Directeur Général de l'OGDPC

1^{ère} partie : observations concernant les scénarios proposés

Le rapport souligne à juste titre la contradiction entre l'obligation annuelle de formation et le niveau de budget alloué. A la date du 9 février : les inscriptions des Professionnels de Santé aux programmes montrent que le quart du budget 2014 est déjà engagé. Par ailleurs, ce rapport s'interroge sur l'absence de priorité dans les financements : toutes les formations dispensées par un organisme évalué favorablement (et actuellement simplement enregistré) sont éligibles au financement par l'OGDPC. Les propositions de scénarios 2 et 3, qui distinguent des catégories de formation à traiter différemment par l'OGDPC, visent à répondre à cette interrogation.

D'autre part, les paragraphes [167] et [172] indiquent clairement qu'il n'y a pas eu d'échec du DPC, qu'il ne faut pas briser le mouvement d'accroissement des effectifs formés mais qu'il faut remédier aux défauts repérés.

C'est pourquoi les scénarios 2, 3 et 4 appellent de la part de l'OGDPC un certain nombre d'observations qui tentent de montrer qu'ils ne paraissent pas être les solutions à retenir dans la mesure où le DPC a rencontré malgré toutes les difficultés de 2013 un franc succès (70 000 Professionnels de Santé formés et 100 000 programmes réalisés)

Le **scénario 2** qui a également pour objectif affiché d'alléger le travail de l'OGDPC afin qu'il se concentre sur ses autres missions appelle un certain nombre de remarques :

- 1- Les missions actuelles de l'OGDPC sont liées entre elles : suivi de l'enveloppe, règlement des ODPC et Professionnels de Santé, contrôle des ODPC, bilan annuel au Ministre de la mise en œuvre du DPC profession par profession.
- Si l'OGDPC est déchargé du règlement des ODPC et des Professionnels de Santé, il n'aura plus de visibilité sur les engagements des Professionnels de Santé dans des programmes car cela sera à la main des OPCA (actuellement aucune visibilité sur le consommé des médecins hospitaliers des établissements adhérents ANFH...). Il ne pourra plus suivre l'enveloppe ni anticiper d'éventuels dérapages.
- Le contrôle perd également dans ce cas de sa pertinence puisqu'il doit s'appuyer pour partie sur l'analyse des factures des organismes. Dans ce scénario, l'OGDPC n'y aura plus accès.
- Il sera difficile d'évaluer l'avancée du DPC profession par profession car l'absence d'éléments chiffrés ne permettra pas d'affiner les statistiques sur le dispositif avec pour conséquence l'impossibilité de rendre au Ministre le rapport annuel qui fait partie des missions du Conseil de Surveillance. La connaissance sur l'évolution du dispositif dépendra du retour des OPCA avec le risque d'un fort décalage temporel. (En février 2014, l'OGDPC n'a aucune connaissance du profil des médecins hospitaliers ayant fait un DPC en 2013 ce qui n'est pas le cas pour les libéraux)
- De plus, l'inscription sur « mondpc.fr » perdrait de son intérêt pour les Professionnels de Santé puisque ce site a essentiellement pour vocation de permettre la gestion de professionnels libéraux par l'OGDPC. L'OGDPC n'aura plus connaissance des éléments relatifs à son public, lui permettant de les cibler notamment dans les actions de communication en fonction des besoins.

- 2- Ce scenario risque fort de déstabiliser les organismes qui avaient une porte d'entrée unique via l'OGDPC avec des règles qu'ils viennent tous, après une année difficile de s'approprier. S'ils doivent s'adresser à plusieurs organismes, il faudra que chacun modifie ses outils de gestion. Actuellement les échanges type web-service sont en test et leur montée en charge est prévu dans les semaines qui viennent, avec une forte attente des organismes. De plus, les OPCA ne financent que les Professionnels de Santé et non les organismes, ce qui sera un élément supplémentaire de déstabilisation.

Le **scénario 3** page 56 [303] à [212], comme le **scénario 4** [313 à 318] s'écartent beaucoup trop du DPC tel que prévu par les textes et reviennent à donner raison à ceux qui ont prédit la mort du dispositif avant qu'il soit né.

Ce serait pour tous les organismes qui ont investi et cru dans le dispositif (bien au-delà de l'OGDPC) une mort assurée avec de nombreux salariés au chômage. En ce qui concerne l'OGDPC, l'ensemble du personnel devra être licencié à l'exception des 2 directeurs qui sont détachés de la CNAMTS.

Il est évident que tous les efforts faits tant par l'OGDPC, que par ses partenaires qui ont abouti à la formation en 2013 de 70 000 professionnels libéraux auxquels viennent s'ajouter tous les salariés, se verraient réduits en poussière sans pour autant voir l'émergence de la formation continue idéale des Professionnels de Santé pour améliorer la qualité et la sécurité des soins.

De ce qui précède, il ressort que seul le **scenario 1** assorti des aménagements préconisés, permettrait de :

- 1- De faire perdurer la montée en charge du DPC
- 2- De valoriser tant pour l'OGDPC que pour les organismes, les investissements non négligeables effectués depuis le début
- 3- De stabiliser le dispositif
- 4- De prendre le recul nécessaire afin d'apporter les évolutions nécessaires juridiques et techniques
- 5- D'expérimenter des procédures pour des enjeux de santé publique (type PAERPA)

Par contre pour tenir compte des deux préoccupations mentionnées ci-dessus on pourrait amender le scenario 1 en un scenario 1 bis:

- Favoriser les formations conformes à un cahier des charges précis, répondant à des priorités de santé publique et axées sur les pratiques pluri professionnelles, comme le propose le scénario 2. Les moyens utilisés pour favoriser ces formations prioritaires pourraient être des points de ROSP, une indemnisation plus élevée des professionnels participants, une distinction pour les organismes les proposant...

- Maintien du financement de l'ensemble du DPC par l'OGDPC, comme dans le scénario 1
- Restreindre l'obligation de formation à une par période de 3 ans à compter de 2015
- Restreindre le financement par l'OGDPC à une formation par personne et par période de 3 ans sauf pour les formations prioritaires qui seraient financées à raison d'une (voire deux) par an et par personne

La combinaison de ces dispositions aboutirait de fait à limiter les charges de l'OGDPC et à les concentrer sur les formations considérées comme les plus utiles, sans pour autant confier à nouveau à d'autres organismes le financement de la plupart des formations, comme le suggèrent les scénarios 2 et 3. Cette dernière idée implique en effet des frais de gestion plus élevés et une impossibilité pratique de contrôle.

L'application de ce scénario 1 bis préserverait la dynamique du dispositif, son équilibre financier sans déstabiliser l'ensemble des partenaires (Organismes, Professionnels de Santé, CSI, OGDPC).

2^{ème} partie : observations sur les paragraphes

[3] Tous les salariés soumis au DPC sont pris en charge par l'employeur lui-même ou par un OPCA si l'employeur y adhère. Il y a le cas spécifique des médecins hospitaliers qui peuvent percevoir une indemnisation provenant de l'OGDPC par le biais d'un OPCA (ANFH, OPCA PL, UNIFORMATION, UNIFAF) à laquelle leur établissement adhère et ayant passé une convention avec l'OGDPC. De plus, les salariés des centres de santé sont gérés par l'OGDPC comme les neuf professions libérales.

[4] En février 2014, il n'y a plus aucun dysfonctionnement concernant les procédures d'inscription des Professionnels de Santé.

[13] Sur les points suivants il y a soit une réelle concrétisation soit une concrétisation partielle :

2^e alinéa - Les programmes de DPC sont tous construits actuellement avec les 2 phases préconisées par l'HAS.

3^e alinéa - Actuellement 116 avis favorables et 48 avis défavorables ont été émis par les Commissions Scientifiques.

4^e alinéa - Une enveloppe spécifique de 7 millions d'euros pour 2014 est affectée aux programmes pluri professionnels.

5^e alinéa - Tous les programmes répondant aux obligations de DPC sont sur le site OGDPC à l'exclusion de programmes destinés aux seuls salariés hospitaliers dont les hôpitaux sont ODPC.

6^e alinéa – En pratique seulement pour les libéraux.

[18] à [23] Les observations seront faites dans les chapitres correspondants.

[30] Ce n'est pas le professionnel qui adresse l'attestation de DPC à l'organisme de contrôle (Ordre, ARS, employeur). C'est le rôle de l'ODPC. Le bilan d'activité est conseillé par l'HAS mais ne figure dans aucun texte et de ce fait n'est pas une obligation.

[31] L'OGDPC enregistre les organismes et mentionne le résultat de l'évaluation faite par la ou les CSI. Les organismes peuvent ou non proposer des programmes (si aucun programme n'est proposé pendant 2 ans l'organisme perd son enregistrement).

[32] Le quota part de l'industrie pharmaceutique n'est plus identifiée en 2014 dans la contribution de l'UNCAM. Il n'y a pas eu de dotation de l'Etat en 2013 et elle n'est pas prévue dans le budget 2014.

[63] dernier paragraphe page 15 - Les personnels sont tous des contractuels de droit public. Seules 3 personnes issues de l'Assurance Maladie (Directeur, Directeur adjoint et 1 chef de service) et une quatrième personne à compter du 2 février 2014. 2 seulement sont en position de détachement.

[68] L'équipe de direction composée du Directeur Général et du Directeur Général Adjoint et de l'agent comptable s'est enrichie d'un Secrétaire Général précédemment directeur de l'organisme gestionnaire de la FPC des biologistes.

Les responsabilités des chefs de service à l'exception du responsable du service de gestion administrative relèvent beaucoup plus de l'expertise technique pointue que du management.

[69] L'architecture est un standard du marché mais ce sont les fonctionnalités qui sont ambitieuses.

[70] Nous avons des obligations imposées par les textes (article 5 de la convention constitutive). L'outil devait être opérationnel dans des délais très courts.

[72] L'hébergement et les prestations informatiques sont deux choses totalement différentes qui font toujours l'objet de marchés séparés. Nous sommes bien en dessous du seuil des procédures formalisées.

[73] Suite à l'alinéa 6, l'OGDPC s'appuie en fait sur le décret n°2011-202A du 29 décembre 2011 article 3. Depuis le seuil est fixé à 207 000€ (décret n°2013-1259 du 27 décembre 2013 article 3).

[76] En fait, la consultation a commencé dès décembre 2011, par de nombreuses discussions informelles entre le DSI et les fournisseurs.

[79] A contrario compte tenu des délais imposés (par exemple le texte sur les enregistrements provisoires publié le 16 décembre 2012 pour une application effective le 1^{er} janvier 2013), il fallait trouver un fournisseur sans quoi l'OGDPC aurait été incapable de remplir ses missions.

[80] et **[81]** Si on dénonce le contrat actuel, ce n'est pas tant la désorganisation qui est à craindre que des coûts de reprise très importants. Actuellement, l'OGDPC oriente sa réflexion sur une stabilisation de l'existant avec les corrections nécessaires et les améliorations possibles. En fonction de l'évolution des textes, il faudra prendre le temps de la réflexion nécessaire et de la concertation avec l'ensemble des utilisateurs pour développer un nouvel outil qui viendra se substituer en douceur à l'actuel avec la mise en œuvre des procédures de marché public.

Cependant, il y a eu une contradiction totale entre la sortie des textes à application immédiate et une procédure de développement qui passe par le biais des marchés publics ce qui correspond à un temps long.

[82] A l'exception du marché de l'outil informatique (finalisé sous l'OGC), l'OGDPC a essayé de respecter depuis sa création toutes les règles s'appliquant à un GIP. D'ailleurs, une procédure a été mise en place concernant les marchés et elle est appliquée.

[93] L'enregistrement est indépendant de l'évaluation. C'est la première étape.

L'enregistrement a lieu quand l'OGDPC estime le dossier de l'organisme complet et conforme aux textes et ensuite l'OGDPC a 15 jours pour saisir la ou les commissions scientifiques en vue de l'évaluation. L'OGDPC est tenu d'indiquer sur son site le résultat de l'évaluation.

[97] A la place de « et ce produit » il vaudrait mieux indiquer « et une fraction de ce produit ». On a en effet l'impression que les 0,6% sont intégralement affectés au DPC ce qui n'est pas le cas.

[98] Le premier budget de l'OGDPC a été fixé par arrêté le 21 août 2013 il comprend :

-La contribution de l'Assurance Maladie à hauteur de 113 405 810.98 d'euros

- La dotation de l'Etat à hauteur de 2 000 000 d'euros.

La fraction issue de la contribution de l'industrie pharmaceutique n'est pas identifiée.

[121] Conscient de cette lacune, l'OGDPC permet aux biologistes médecins et pharmaciens des 2 CSI de s'organiser pour évaluer ensemble les organismes visant les biologistes.

[124] A la fin du dernier paragraphe il faudrait ajouter au bout de 2 ans pour les organismes évalués en 2013 et 2014.

[127] Il a fallu que les commissions scientifiques s'approprient l'arrêté du 19 juillet 2013, qu'elles appréhendent la grille d'évaluation, l'outil qui est à leur disposition et qu'elles prennent les mesures nécessaires pour harmoniser leurs avis. Lors de la dernière séance en janvier 2014 de la CSHCPP, 32 organismes ont été évalués. On estime qu'après cette période d'adaptation 60 organismes pourront être évalués par séance soit environ 600 par an et par commission.

[129] Le présentiel n'est pas un gage de qualité. Quel que soit le mode utilisé (présentiel, à distance ou mixte), c'est le contenu qui est important ainsi que les intervenants.

Recommandation n°3 : cela fait partie de ce que l'OGDPC envisage dans sa procédure de contrôle, même si les textes ne le précisent pas. C'est le déroulement classique de toute action contentieuse.

[134] Il faudrait remplacer si possible « anime » par « dirige ».

[139] Pour l'OGDPC, le patron politique est naturellement le président du Conseil de Gestion.

[141] L'OGDPC, en l'absence de textes suffisamment clairs, a dû border autant que faire se peut, le système pour maîtriser « l'argent public ». Quant au tout informatique même si les choix de système peuvent être à postériori (avec une lecture actuelle de tous les enjeux) contestables, il ne faut pas oublier que l'article 5 de la convention constitutive fait obligation à l'OGDPC de disposer d'un site dématérialisé sur lequel il doit être publié :

1- la liste des programmes, leur nombre, leur coût, le nombre de Professionnels de Santé concernés, les conditions de prise en charge et les forfaits

2- la liste des organismes enregistrés

3- les comptes annuels

Pour répondre à ces seules obligations dans les délais impartis, il fallait un outil aux fonctionnalités sophistiquées.

De plus, l'OGDPC compte tenu de son enveloppe de fonctionnement ne pouvait pas recruter à hauteur des besoins nécessaires pour permettre à ce système informatique de se mettre en place progressivement.

[146] Il ne faut pas que cette marge de liberté génère des pressions supplémentaires. Marge d'autonomie conviendrait mieux que marge de liberté.

[148] Ces décisions de gestion ont été demandées par le groupe contact et entérinées par le Conseil de Gestion et les Sections Paritaires.

[149] En ce qui concerne les besoins des utilisateurs, l'OGDPC a essayé de les intégrer au maximum dans l'outil. Lors des premières livraisons, des utilisateurs (organismes) ont participé aux tests. Actuellement les échanges de données entre l'OGDPC et les organismes sont en cours de test afin qu'une fois livré le module réponde bien aux besoins.

[150] Un certain nombre d'éléments indiqués doivent être précisés :

- demande de spécialité : permet aux organismes d'identifier les spécialités visées par leur programme.

- Le RIB : il est fourni en pièce jointe afin de contrôler les données saisies par le Professionnel de Santé pour éviter les erreurs ou les fraudes.

- A chaque création d'un compte sur mondpc.fr, un mail de confirmation est adressé au Professionnel de Santé à l'adresse mail indiqué sur son profil.

- Le moteur de recherche : il n'a jamais été nécessaire de connaître le nom exact. On peut rechercher soit par le sigle de l'organisme soit avec une partie du nom de ce dernier.

- Sur le site ogdpc.fr, le programme s'affiche en détail à l'exclusion des sessions.

- Sur le site mondpc.fr, l'affichage du programme est complété par l'affichage des sessions pour permettre l'inscription du Professionnel de Santé libéral, ou salarié d'un centre de santé.

Il a été délibérément voulu que les autres salariés ne puissent pas créer de compte. « mondpc.fr » a pour seule vocation (et c'est comme cela qu'il a été conçu) de permettre à l'OGDPC de gérer le DPC des Professionnels de Santé libéraux ou salariés des centres de santé.

Lorsqu'un Professionnel de Santé s'inscrit, un mail de confirmation est adressé à ce dernier sur l'adresse mail qui a été saisie sur son profil.

Les montants de la prise en charge du programme sont déduits à l'inscription afin de permettre à l'organisme et aux Professionnels de Santé de suivre l'évolution de l'enveloppe du Professionnel de santé. Si le Professionnel de Santé n'a pas effectué le dit programme, le montant est réintégré dans l'enveloppe.

Le prix de vente permet :

- S'il est inférieur à la prise en charge par l'OGDPC, à l'OGDPC de prendre en charge ce prix de vente.
- S'il est supérieur à la prise en charge par l'OGDPC, de prévenir le Professionnel de Santé qu'il pourrait avoir un surcoût à sa charge.

La recherche d'un programme s'améliore au fur et à mesure que l'on découvre de nouveaux critères de tri pertinents.

[154] La difficulté de maintenir ces normes est due à plusieurs facteurs :

- Il n'y a pas de délai d'envoi de documents par les organismes à l'issue de la réalisation d'un programme, ce qui était le cas dans l'ancien système.
- La possibilité qu'un Professionnel de Santé puisse faire plusieurs programmes sans dépasser son enveloppe en tenant compte du hors quota a nécessité des contrôles complexes au niveau de l'OGDPC. Ceci est dû essentiellement au fait de l'évolution en cours d'année des règles de prise en charge et du rattrapage par les organismes de l'activité non encore enregistrée sur le site de l'OGDPC.
- Les organismes s'appropriant les nouvelles règles envoient rarement un dossier complet permettant un règlement d'emblée.
- L'outil informatique a du mal à intégrer l'évolution des règles de gestion (développements lourds).

[163] L'équipe a été renforcée dans la limite des contraintes budgétaires imposées par les textes (budget de gestion administrative <6% des ressources de l'OGDPC).

A titre d'information et malgré l'augmentation des effectifs, chaque agent gère actuellement 2000 dossiers contre 1000 en 2011.

De plus, le fait d'avoir l'ensemble des 9 professions libérales à gérer de front a été un challenge nouveau. Chacune avait par le passé son propre organisme gestionnaire et ses règles. Il a donc fallu trouver un prototype d'organisation qui puisse convenir à l'ensemble des problématiques de toutes les professions.

[168] Sur les 73129 Professionnels de Santé différents qui ont suivi en 2013 un programme de DPC, 40% sont des médecins, 31% des paramédicaux, 21% des pharmaciens, 6% des chirurgiens-dentistes, 2% des sages-femmes.

[169] Au 31 décembre 2013, par rapport aux objectifs fixés pour 2013, le pourcentage de Professionnels de Santé ayant suivi au moins 1 programme est de : 129% pour les médecins, 206% pour les pharmaciens, 47% pour les chirurgiens-dentistes, 85% pour les sages-femmes, 133% pour les infirmiers, 98% pour les masseurs kinésithérapeute, 30% pour les orthophonistes, 55% pour les orthoptistes, 79% pour les pédicures-podologues.

[179] L'élaboration des forfaits par les sections paritaires s'est faite de façon consensuelle pour 2013 en partant du principe qu'il fallait que les forfaits se rapprochent le plus possible des montants préalablement engagés dans le dispositif antérieur. Cette solution, seule possible compte tenu des délais, a été adoptée pour 2013 et reconduite à l'identique pour 2014 tout en réfléchissant à l'élaboration des forfaits 2015 pour que ceux-ci soient au plus près des coûts comme indiqué dans les textes réglementaires. La démarche est en cours et en juin 2014 le mode de calcul des forfaits 2015 devrait être arrêté par les Sections Paritaires.

[194] On ne peut considérer les 155 millions dans ce calcul car ils comprennent également le budget hospitalier de 19.3 millions et les frais de structure de 8 millions. Pour rappel, l'enveloppe médecins libéraux et salariés en centre de santé était de 83 millions d'euros.

[195] le budget 2014 n'est pas de 202 millions mais de 196 millions d'euros (validé par le Conseil de Gestion de décembre).

[197] On pourrait estimer que la formation à la maîtrise de stage ou la formation des formateurs soit reconnue comme équivalent DPC (mais sans qu'elles soient pour autant financés par l'OGDPC).

[199] Le Conseil de Gestion n'a pas adopté cette notion de dérogation justifiée. Elle a été demandée mais pas retenue, la notion de dérogation justifiée est beaucoup trop floue pour ne pas être une source de dérapage.

[203] - Enveloppe médecins « 100 millions d'euros » et non « 104.9 millions d'euros »

- Enveloppe autres Professionnels de santé « 58.9 millions d'euros » et non « 60.7 millions d'euros »

- Enveloppe gestion administrative « 11 millions d'euros » et non « 10.5 millions d'euros »

[211] Un comité informel d'usagers devra être forcément financé et formalisé avec toutes les pressions à nouveau qui feront jour (quels organismes ? quels Professionnels de santé ?). Si l'OGDPC s'adresse à l'un plutôt qu'à l'autre, l'impartialité de l'OGDPC sera remise en cause et avec au final un comité pléthorique. Il serait plutôt souhaitable de mettre en place un recueil des améliorations souhaitées où chaque personne concernée pourrait si elle le souhaite échanger avec l'OGDPC. Au final, l'OGDPC retiendrait les options qui permettraient de simplifier le dispositif.

[212] A ce jour en fonction des difficultés rencontrées en 2013, la quasi-totalité des textes étant parus, la direction de l'OGDPC réfléchit à la mise en place d'un outil plus convivial et plus simple qui pourrait être opérationnel en 2015.

[218] Il faut également permettre, dans un souci d'équité, aux organismes nouveaux enregistrés, de proposer des programmes de DPC dans l'attente de leur évaluation.

[220] Ce n'est pas l'enregistrement qui constitue un goulot d'étranglement mais bien l'évaluation. Il faut souligner cependant que la procédure d'enregistrement pour les organismes de par le nombre de pièces à produire est très lourde.

Depuis début février 2014, tous les organismes qui ont déposé leur dossier d'enregistrement sont en cours d'étude par l'OGDPC c'est-à-dire qu'ils sont, soit complets et enregistrés, soit en cours d'échanges pour compléter leur dossier, soit rejetés.

[228] dernier paragraphe page 44 - L'indemnisation d'un rapporteur pour 1 rapport est fixé à 45 euros.

[231] En janvier 2014, les généralistes ont rejoint la CSI et ont arrêté leur boycott.

[238] Les textes étant sortis au long de l'année de 2013, l'OGDPC a choisi pendant cette période d'informer et d'accompagner les organismes pour leur permettre de proposer des programmes conformes à la définition du DPC. Durant cette période l'OGDPC a élaboré son plan de contrôle et l'a proposé pour avis aux instances et CSI, pour mise en œuvre en 2014.

[243] Les contrôles de l'OGDPC portent bien sur les programmes réellement proposés et non sur les seuls programmes-vitrine. Le contrôle administratif est réalisé par les agents de l'OGDPC et constitue en la vérification des informations administratives du dossier, la réalisation effective des sessions, l'indépendance financière, les communications faites par l'organisme (supports...). Le contrôle scientifique est réalisé par les auditeurs qui sont des Professionnels de Santé et porte sur le contenu des programmes et sa qualité (méthodes, orientation..).

Le contrôle mixte associe les deux.

[245] Le choix des auditeurs sera validé par les CSI. Un appel à candidatures sera lancé par l'OGDPC avec CV et DPI.

[246] Le nombre prévu de contrôles à hauteur de 400 pour la première année vise les organismes et non les seuls programmes.

[247] diminuer le budget consacré aux instances au profit des contrôles ne peut se faire que :

- 1- en supprimant certaines instances (par exemple des sections paritaires) et en renforçant les missions des autres (conseil de gestion et conseil de surveillance)
- 2- en diminuant les réunions des instances, ceci au détriment de l'implication des personnes nommées qui ont tendance à vouloir toujours plus de réunions.

La solution 1 apparaît la plus pertinente. Si la proposition concernant le non cumul entre membre du conseil de Surveillance et membre du Conseil de Gestion est retenue, cela permettrait de désigner les membres du Conseil de Gestion sur propositions des organisations syndicales représentatives.

[252] La détermination des forfaits par le Conseil de Gestion est une bonne chose mais pourquoi sur proposition du comité paritaire (46 membres Professionnels de Santé, l'Etat et L'Assurance Maladie). Si le bureau du conseil de surveillance ne peut plus être la section professionnelle du conseil de gestion, il faut prévoir un mode de désignation de cette section. (Par exemple selon proposition ci-dessus)

- Soit elle reste totalement libérale en partant du principe que l'OGDPC a comme mission principale la gestion des professions libérales et il faut que les désignations se fassent par les syndicats libéraux au prorata. (à l'identique de ce qui s'est fait pour le comité paritaire dont on ne voit plus l'utilité) cf. [247]

- Soit elle doit être mixte pour représenter tous les modes d'exercice et un maximum de professionnels car l'OGDPC a une mission également très importante dans l'enregistrement et le contrôle de tous les organismes de DPC. Il faut une répartition équitable des 12 membres ou augmenter de quelques membres le Conseil de Gestion.

Dans tous les cas, il faut modifier les textes actuellement en vigueur.

[255] Il n'y a pas que les personnels hospitaliers qui doivent pouvoir siéger au bureau du Conseil de Surveillance, il y a les autres catégories de salariés.

[266] à [269] Cet état de fait nous a alerté sans solution évidente dans la mise en place des instances. L'OGDPC a recruté une juriste qui sera entre autres chargée de cette réflexion.

OBSERVATIONS DE LA MISSION

SUR LA PREMIERE PARTIE DES OBSERVATIONS

La mission prend acte de l'analyse de l'OGDPC qui le conduit à préférer le scénario 1 et des propositions pour en aménager le contenu.

SUR LA DEUXIEME PARTIE DES OBSERVATIONS

§3 – La mission prend acte des précisions apportées.

§4 – La mission prend acte de l'affirmation de l'amélioration de la procédure d'inscription contre laquelle la mission a recueilli de nombreuses critiques.

§13 – La mission prend acte des débuts de mise en œuvre des principes de la réforme. Pour ce qui est du respect du droit de la concurrence, la mission renvoie à son analyse (points 3.2.5 et 3.2.6 du rapport).

§30 – La mission prend acte de cette correction.

§31 – La mission renvoie à sa réponse contenue au § 93 du rapport.

§32 – L'analyse du financement réel de l'OGDPC figure au point 2.1.1.3.

§63 – La mission décrivait le cadre juridique non la situation de fait qui est bien celle indiquée par l'OGDPC.

§68 – La mission prend acte de la nomination d'un secrétaire général intervenue postérieurement à la rédaction du rapport.

§69 – Afin de répondre à des commandes fonctionnelles effectivement ambitieuses, le système mis en place par l'OGDPC est nettement plus évolué que celui de l'OGC. Il fait notamment plus appel aux utilisateurs pour renseigner leur demande de formation.

§70 – Ceci est mentionné en fin de paragraphe.

§72 – On ne peut parler de marchés séparés. D'une part il n'y a pas eu de marchés formalisés (§71) et d'autre part les offres reçues par l'OGDPC couvrent les deux prestations.

§73 – La mission prend acte.

§76 – La mission prend acte des précisions apportées.

§79 – La mission a noté les contraintes qui ont pesé sur l'OGDPC

§80 et 81 – Les commentaires de l'OGDPC rejoignent les observations de la mission. Les coûts de reprise sont mentionnés en fin de paragraphe.

§82 – La mission prend acte de ces affirmations.

§93 – Ce n'est pas l'analyse de la mission qui a procédé à un examen attentif de cette question. Il est clairement indiqué au 2° de l'article L. 4143-2 du code de la santé publique que « l'organisme gestionnaire du développement professionnel continu, après évaluation par une commission scientifique indépendante, enregistre l'ensemble des organismes concourant à l'offre de développement professionnel continu [...] ». Consécutif à l'évaluation, l'enregistrement en dépend donc.

§97 – Le supplément de taxe a bien été institué pour financer le DPC mais le choix du circuit financier ne permet effectivement pas de faire apparaître la part qui revient à l'OGDPC.

§98 – Si l'arrêté du 21 août 2012 (et non 2013) n'identifie effectivement pas la contribution de l'industrie pharmaceutique, la construction de ce budget a été effectué à partir des agrégats indiqués.

§121 – La mission prend acte de ces précisions.

§124 – La mission prend acte de ces précisions.

§127 – La mission prend acte de ces précisions et de cette analyse.

§129 – La mission ne prend pas parti mais indique que c'est la position de quelques acteurs (« aux yeux de certains »).

Recommandation 3 – Dont acte, cependant une telle mise en demeure doit avoir une base juridique pour produire des effets de droit.

§134 – La mission a eu le souci d'éviter une tautologie et d'insister sur la dimension « managériale » de la fonction.

§139 – La mission n'a pas observé qu'il en était ainsi pour tous les acteurs.

§141 – Toutes les analyses de la mission convergent pour mettre en évidence les contraintes qui ont pesé sur l'OGDPC.

§146 – La mission prend acte des préférences sémantiques de l'OGDPC.

§148 – La régularité du processus de la décision ne garantit pas sa pertinence ni sa compréhension par tous les acteurs.

§149 – La mission prend acte des précisions apportées.

§150 – La mission confirme ses conclusions qui résultent de ses propres constatations effectuées derrière écran.

§154 – La mission prend acte des explications qui laissent entière la question du respect des normes. Soit des solutions peuvent être trouvées pour les respecter, soit il convient de les changer.

§163 – La mission prend acte des observations.

§168 – La mission prend acte des informations complémentaires qui lui sont données.

§169 – La mission prend acte de l'actualisation des données dont elle ne pouvait avoir connaissance au moment de la rédaction du rapport.

§179 – La mission prend acte des précisions apportées.

§194 – Dont acte. La dernière phrase est remplacée comme suit : « Les forfaits pris en charge seraient fortement revus à la baisse (155/565, soit moins 72,5%). »

§195 – La mission prend acte de l'actualisation des données, non disponibles lors de la rédaction.

§197 – C’est la conclusion de la mission.

§199 – La mission prend acte de la correction.

§203 – La mission prend acte de l’actualisation des données.

§211 – La mission confirme la nécessité de réunir des utilisateurs afin d’engranger les observations utiles sur la qualité du service rendu. Il importe de retenir un mode opératoire souple et d’éviter de créer une structure supplémentaire.

§212 – La mission prend acte de cette orientation.

§218 – La mission confirme la nécessité de donner une base juridique à cette situation transitoire et d’accélérer le processus d’évaluation.

§220 – Ceci reflète la conception de l’OGDPC selon laquelle l’enregistrement précède l’évaluation, qui n’est pas celle de la mission.

§228 – La mission prend acte de l’information nouvelle.

§231 – La mission prend acte de l’information nouvelle.

§238 – La mission prend acte du commentaire de l’OGDPC.

§243 – La mission prend acte des précisions.

§245 – La mission prend acte des précisions.

§246 – Certes, mais l’unité d’œuvre du contrôle doit être le programme plus que l’organisme. Un même organisme pouvant produire des programmes de qualité différente, il importe que des contrôles soient exercés au niveau le plus fin possible.

§247 – La mission prend acte de la position de l’OGDPC et y souscrit.

§252 – Il y a deux sujets différents. Celui de la fixation des forfaits et celui de la composition du conseil de gestion. L’ensemble des propositions de la mission vise à clarifier et à « étager » les rôles de chaque instance. Ces objectifs conduisent à donner un rôle prééminent au conseil de gestion : d’où sa compétence pour déterminer les forfaits. Le maintien des sections professionnelles garantit un dialogue avec les représentants des professionnels. La mission a recherché un schéma d’équilibre. Quant à la composition du conseil de gestion, elle doit être conçue pour garantir l’indépendance du conseil de surveillance qui ne peut exercer avec l’indépendance nécessaire une part de ses missions s’il est impliqué dans les décisions du conseil de gestion.

§255 – La mission ne peut que souscrire à une bonne représentation de l’ensemble des professionnels concernés par le DPC et a pointé le manque le plus criant dans la représentation actuelle.

§266 à 269 – La mission prend acte de la réflexion de l’OGDPC mais souligne qu’elle ne doit pas rester confinée en son sein : les tutelles de l’OGDPC et le Ministère de l’enseignement supérieur et de la recherche doivent être impliqués dans la recherche de solutions pérennes.

REPONSES DE LA DIRECTION GENERALE DE L'OFFRE DE SOINS (DGOS)



MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ

Direction générale de l'offre de soins

Sous-direction des ressources humaines du système de santé
Bureau de l'exercice, de la déontologie et du développement
Professionnel continu
Affaire suivie par : Anne-Sophie Grobost
Tél. 01 40 56 58 73
anne-sophie.grobost@sante.gouv.fr

DGOS/bureau/initiales agent/MERC/11/n° Mercure

Paris, le **24 FEV 2014**
Monsieur Jean DEBEAUPUIS
Directeur Général de l'offre de soins

à

Pierre BOISSIER
Chef de l'Inspection générale des affaires sociales
39-43, quai André Citroën
75739 PARIS Cedex 15

Objet : Procédure contradictoire - Rapport provisoire portant sur le contrôle de l'organisme gestionnaire du développement professionnel continu et l'évaluation du développement professionnel continu des professionnels de santé

Réf. : 2013-126R

Après avoir pris connaissance du rapport provisoire portant sur le contrôle de l'organisme gestionnaire du développement professionnel continu (DPC) et l'évaluation du DPC des professionnels de santé, je souhaite vous faire part, dans le cadre de la procédure contradictoire, des observations suivantes qui nécessitent d'être intégrées dans le rapport définitif.

[108] S'agissant du contenu de l'obligation de DPC, si la loi du 21 juillet 2009 ne le définit pas clairement et positivement, quelques éléments de définition figurent dans les décrets du 30 décembre 2011 relatif au développement professionnel continu (R. 4133-1 et R. 4133-2 déclinés pour chaque catégorie de profession). Ainsi, il est indiqué que le développement professionnel continu comporte l'analyse de la pratique professionnelle ainsi que l'acquisition ou l'approfondissement de connaissances ou de compétences. Il constitue une obligation individuelle qui s'inscrit dans une démarche permanente. Pour satisfaire à cette obligation, le professionnel doit participer, au cours de chaque année civile, à un programme collectif annuel ou pluriannuel. Ainsi, la logique est bien celle d'un parcours continu de DPC dans lequel le professionnel s'investit chaque année et non pas d'un quota d'heures arbitrairement fixé.

[110] S'agissant du régime de sanction que le professionnel de santé encourt en cas de non respect de l'obligation, les textes prévoient une procédure de contrôle, respectueuse des droits de la défense, qui diffère selon les entités compétentes et peut aboutir, selon les cas, à la reconnaissance d'une insuffisance professionnelle, à la mise en œuvre de mesures de police administrative ou à des sanction liées à l'application du code du travail (cf. art. R. 4133-13 [...], R. 4382-13 CSP).

[208] A ce stade, il convient d'indiquer que le projet de décret relatif à l'insuffisance professionnelle qui permettra au conseil de l'ordre compétent de mettre en œuvre cette

procédure, à l'occasion d'un contrôle, est actuellement soumis à l'avis de la section sociale du Conseil d'Etat et devrait être publié durant le 1^{er} semestre de l'année 2014.

[121] S'agissant de l'unité de la biologie médicale, il ne doit pas être perdu de vue que les textes relatifs au DPC ont été conçus en cohérence avec ceux portant réforme de la biologie. En effet, le raisonnement, axé autour du diplôme d'origine, veut que la biologie soit exercée soit par un médecin, soit par un pharmacien. Toutefois, pour pallier cette dichotomie, il convient de préciser que les programmes de DPC en biologie médicale ont vocation à être construits pour un public pluri-professionnel. L'unité de la biologie médicale est ainsi respectée au stade de l'évaluation scientifique des organismes qui sera faite de concert par les commissions scientifiques concernées (médecins et pharmaciens). Ces programmes seront pris en charge à un niveau équivalent, quel que soit le professionnel inscrit, sur un budget dédié.

[132] S'agissant de la procédure par laquelle l'OGDPC met fin à l'enregistrement d'un organisme, elle peut être mise en œuvre pour quatre motifs cités de manière exhaustive (cf. art. R. 4021-30 CSP). En effet, le « notamment » évoqué comme constituant une base fragile pour infliger une sanction pour un autre motif ne s'applique pas à la liste des motifs mais au contexte dans lequel cette procédure intervient c'est-à-dire « notamment à l'issue d'un contrôle réalisé en application de l'article R. 4021-29 ». De plus, il doit être indiqué que cette procédure est respectueuse des droits de la défense et prévoit le principe du contradictoire, dans les termes suivants : « L'organisme dispose d'un délai de quinze jours pour faire valoir ses observations. »

[216] S'agissant du cadre annuel de l'obligation indiqué comme inadapté à la matière même de l'obligation, il est précisé que le DPC s'inscrit dans une démarche permanente et que, dans cette logique, les programmes peuvent être pluriannuels. C'est pourquoi il est prévu que le professionnel participe à un programme de DPC au cours de chaque année civile (démarche permanente) et non pas qu'il accomplisse un programme sur chaque année civile. Là encore, le choix de la terminologie a du sens par rapport à l'esprit du dispositif.

[218] S'agissant de la période transitoire qui a été fixée pour les organismes dits « historiques » jusqu'au 30 juin 2013 par le décret du 30 décembre 2011, elle visait à faciliter la transition entre l'ancien dispositif et le nouveau et n'avait pas vocation à perdurer à partir du moment où ces organismes étaient en mesure de pouvoir déposer une demande d'enregistrement dans les périodes prévues à cet effet. Des aménagements avaient d'ailleurs été mis en place à cet effet à l'article 4 II et III de l'arrêté du 12 décembre 2012. A ce jour, une différence de traitement entre les organismes ayant déposé un dossier auprès de l'OGDPC ne saurait plus être admise sous peine de créer une inégalité de traitement difficilement justifiable.

[219] S'agissant des périodes pendant lesquelles les organismes peuvent déposer leur dossier d'enregistrement, elles étaient destinées à maîtriser le flux sur les premières années et permettre ainsi une montée en charge progressive pour l'OGDPC dans le traitement des demandes. Modifiable par simple arrêté, leur abrogation telle que proposée par la mission dans la recommandation n°18 ne suscite pas difficultés particulières.

Toutefois, l'abrogation du I. de l'article 4 de l'arrêté du 12 décembre 2012 ne permet pas de remplir l'objectif escompté dès lors qu'il fait référence à des périodes transitoires ouvertes sur l'année 2013. La recommandation n°18 devrait donc être formulée de la manière suivante : « Abroger l'alinéa 3 de l'article 1^{er} de l'arrêté du 12 décembre 2012 relatif à la composition du dossier de demande d'enregistrement ainsi que toutes les références à ces périodes d'enregistrement. »

[225] S'agissant de la possibilité pour les commissions scientifiques indépendantes (CSI) de s'entourer d'experts extérieurs pour examiner des dossiers, il est précisé que cette mesure est d'ores et déjà prévue par les décrets du 9 janvier 2012 relatifs à chaque CSI (R. 4133-21 al. 2 dupliqué pour chaque profession). Ainsi, « les personnes qui prennent part aux travaux de la commission sont soumises aux mêmes obligations que ses membres. »

[228] S'agissant de la rémunération des rapports réalisés par les membres des CSI, il doit être indiqué que l'arrêté du 31 janvier 2014 a fixé leur rémunération à 45 € par rapport et par membre, sachant que chaque dossier est examiné par un binôme.

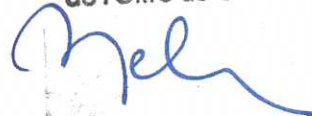
[230] S'agissant du rôle des sections au sein de la CSI des médecins, certaines précisions doivent être apportées. En effet, les sections sont chargées de préparer les évaluations pour ce qui relève de leur champ d'intervention. Toutefois, il doit être rappelé que les résultats de ces évaluations sont arrêtés par la CSI dans son ensemble (cf. art. D. 4133-20 CSP).

[231] S'agissant du fonctionnement de la CSI des médecins, il est précisé que cette commission fonctionne à nouveau (depuis janvier 2014) avec l'ensemble de ses effectifs. La présidence est désormais assurée par le président de la section des « généralistes » et la commission poursuit ses travaux d'évaluation des organismes selon les modalités indiquées supra.

[291] S'agissant des dispositions du code du travail relatives au droit individuel à la formation (DIF), cette référence doit être actualisée au regard du projet de loi « Formation Professionnelle » qui supprime le DIF pour le remplacer par le compte personnel de formation (CPF) qui n'a pas les mêmes contours.

Le reste du rapport n'appelle pas de remarque particulière au titre de la procédure contradictoire.

Le Directeur Général
de l'Offre de Soins



Jean DEBEAUPUIS

OBSERVATIONS DE LA MISSION

§108 – La section 1 du chapitre III du titre III du livre 1^{er} de la quatrième partie réglementaire du code de la santé publique est en effet intitulée « Contenu de l'obligation ». Toutefois, la mission vise l'absence de contenu et de niveau des programmes, ce qui affaiblit la garantie que les connaissances et les pratiques acquises sont au cœur de l'exercice du professionnel.

§110 – Les précisions ne répondent pas au constat d'une inadaptation du mécanisme de sanction aux manquements qui pourraient être observées. Les textes cités prévoient bien une procédure, mais pas de peine applicable à la date de rédaction du rapport, cf. observations sous [208].

§121 – C'est l'option de faire prédominer la dualité de formation sur l'unité de fonctions qui est sujette à révision.

§132 – La mission prend acte des précisions apportées et convient du caractère limitatif des motifs de retrait de l'enregistrement, ce qui renforce l'argument qu'elle expose : aucun retrait d'agrément n'est prévu, par exemple, pour une formation de mauvaise qualité. Il est donc nécessaire de prévoir des sanctions intermédiaires adaptées à ce type de situation.

§208 – La mission prend acte de cette information.

§216 – La mission maintient que la « participation » même à une activité de formation peut constituer une obligation lourde à certaines périodes de la vie des professionnels et qu'un manquement légitime les expose à une procédure de contrôle à l'impact psychologique sensible.

§218 – L'analyse de la DGOS n'est recevable que si l'on admet qu'il suffirait de procéder à l'enregistrement des organismes de formation pendant cette période transitoire. Or, la mission considère (cf. § 93) que l'évaluation aurait dû également être effectuée au cours de cette période et que faute d'avoir pu y parvenir, soit les organismes ne peuvent être éligibles au DPC soit il convient de prolonger la transition.

§219 – La mission prend acte de la proposition du meilleur moyen juridique de parvenir à la mise en œuvre de sa recommandation.

§225 – L'article D. 4133-21 alinéa 2 CSP prévoit bien les obligations pesant sur les « personnes qui prennent part aux travaux de la commission », au-delà de ses membres, mais il faut inférer de cet article la possibilité pour des experts extérieurs de participer à ladite commission. On pourrait interpréter l'article cité supra comme ne s'appliquant qu'au personnel administratif de l'OGDPC assurant le secrétariat de la CSI des médecins par exemple. La proposition de la mission vise à ce que soit clarifiée cette situation, par une mention explicite de la possibilité de participation d'experts extérieurs dans l'article définissant le fonctionnement des commissions scientifiques (soit l'article D. 4133-20 pour la CSI des médecins).

§228 – La mission prend acte de cette information nouvelle.

§230 – La mission prend acte des précisions apportées. Elle note toutefois que le même article prévoit que le règlement intérieur de la CSI des médecins détermine « les modalités de participation de chaque section aux travaux de la commission ». Le rôle des sections peut donc être plus important si la CSI le décide. Par ailleurs, il est peu probable en pratique que la CSI dans son ensemble remette en cause le rapport préparé par la section, celle-ci ayant mené une analyse plus poussée.

§231 – La mission prend acte de cette importante information.

§291 – L’analyse de la mission est effectivement antérieure à l’évolution des dispositions législatives relatives à la formation professionnelle mais ce qui est visé ici est plus l’esprit qui a présidé à la mise en place du DIF que les normes qui en sont à l’origine.

REPONSES DE LA DIRECTION DE LA SECURITE SOCIALE (DSS)



MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ
MINISTÈRE DE L'ÉCONOMIE ET DES FINANCES

Direction de la sécurité sociale

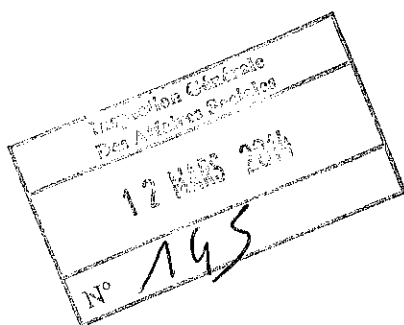
Paris, le

10 MAR 2014

SD1

☎ : 01.40.56.75.57

N° Dép. 2014- 1725



Le Directeur de la sécurité sociale

A

Monsieur le Chef de l'Inspection générale des affaires sociales

Objet : Rapport provisoires – contrôle de l'OGDPC et évaluation du DPC des professionnels de santé

C'est avec attention et intérêt que j'ai pris connaissance du rapport provisoire de l'Inspection sur le contrôle de l'Organisme gestionnaire du développement professionnel continu et l'évaluation du développement professionnel continu des professionnels de santé.

Je partage très largement les constats que vous y faites, notamment concernant les problématiques liées à la gouvernance de l'organisme, à son pilotage, à sa complexité institutionnelle, aux faiblesses du système informatique, ainsi qu'aux nécessaires travaux de simplifications pour faciliter les démarches des différents acteurs du dispositif. Globalement, l'élargissement de l'équipe dirigeante et une plus grande autonomisation du GIP permettraient d'améliorer ce constat.

Ce rapport provisoire appelle néanmoins de ma part les observations suivantes :

Concernant les recommandations n°4, n° 5, n°6, n°7 et n°16 relatives ou ayant une incidence sur le financement du DPC (paragraphe 32, 102, 114 à 118, 195, 200 et 201, 205 et 206 et, 216).

L'un des enjeux de la mise en œuvre du DPC est de poursuivre la montée en charge des financements de manière à permettre aux professionnels de santé de pouvoir s'inscrire dans une démarche de formation continue tout en garantissant un niveau soutenable de dépenses à court, moyen et long terme. Le scénario n° 1 de la mission me semble compatible sur ce point.

Dans cette perspective, on ne peut que souscrire aux recommandations relatives à la circonscription du périmètre du DPC (recommandation n°5) qui participe à rendre la dépense plus efficiente, à la visibilité financière du dispositif dans le cadre de sa montée en charge sur plusieurs

années (recommandation n°6) ou au lissage de l'effort de financement dans un cadre financier contraint (recommandation n°16).

Par ailleurs, concernant votre recommandation n° 7, sur la gestion publique de la dépense, le GIP-OGDPC, comme tous les opérateurs « publics », acteurs importants de la dépense publique, doit adopter des règles de gestion aussi rigoureuses que celles que l'État applique à ses services. Cela implique une programmation de la dépense en phase avec la réalité et donc de mobiliser les ressources nécessaires pour que tout effort financier supplémentaire contribue à former davantage de professionnels de santé. Le mécanisme actuel de versement par la CNAMTS d'un montant de contribution en fonction des besoins de l'OGDPC apporte la souplesse nécessaire à la montée en charge du dispositif de DPC. Ce mécanisme permet aujourd'hui de moduler les ressources de l'organisme au plus près de la mise en œuvre du DPC.

Si le choix avait été fait de figer, dès le départ, un montant de ressources en phase avec l'obligation annuelle, l'organisme gestionnaire du DPC aurait été financé au delà de ses besoins, ce qui ne serait pas raisonnable au regard de la situation aujourd'hui contrainte des finances publiques. En effet, d'une part les professionnels de santé s'insèrent progressivement dans cette démarche de développement professionnel continu, d'autre part, l'offre de formation n'adapte que progressivement sa capacité de formation.

S'agissant de la création d'une taxe dont l'assiette serait élargie, cette recommandation implique un lourd travail de définition – les différentes taxes comportant des différences substantielles d'assiette - mais également une concertation poussée – pour assurer la plus grande neutralité de cette réforme - avec les exploitants et fabricants de matériels qui pourraient être concernés. Force est de constater que cette question perd de son intérêt si on considère que la soutenabilité est étroitement liée au modèle de DPC retenu : l'obligation annuelle de formation est le principal ressort de la dynamique des dépenses.

Globalement, le scénario n°1 m'apparaît le plus compatible à la fois avec les exigences d'un dispositif de formation de qualité ainsi qu'au regard du niveau de soutenabilité financière pour l'ONDAM. Les autres scénarios, outre qu'ils remettraient encore une fois en cause l'ensemble du dispositif de formation continu des professionnels de santé à peine 2 ans après sa mise en œuvre effective, ne me semblent pas réunir les conditions de nature à répondre à ces deux exigences.

Deux axes forts, retenus par ce premier scénario, me semblent importants.

Il me semble en effet nécessaire de lisser l'effort des finances publiques en allégeant l'obligation de DPC. Cette option, qui n'exclut d'ailleurs pas que les professionnels de santé poursuivent leur formation continue au delà d'une obligation triennale de DPC, permet d'alléger la contrainte professionnelle de remplir l'obligation annuelle de DPC et offre aux professionnels de santé un cadre qui reste exigeant pour améliorer leur pratique professionnelle.

Par ailleurs, ce premier scénario entend répondre aux critiques qui s'expriment en termes de qualité et de contrôle du dispositif. Il permettrait aux professionnels de mieux réguler l'offre de formation à travers les CSI mais également par une procédure de contrôle a posteriori renforcée.

Concernant les recommandations n°24 à 26, et plus généralement sur la gouvernance et le pilotage.

Contrairement à ce qu'indique la mission s'agissant de l'encadrement du conseil de gestion par la tutelle (Paragraphe 138), le rôle des « *pouvoirs publics* » a pu être dicté par la contrainte du statut des GIP. Certaines décisions de l'Etat sont légitimement intervenues devant le conseil de gestion dans la mesure où les membres fondateurs du GIP-OGDPC (Etat et UNCAM), qui bénéficient d'une clause générale de compétence pour administrer le GIP (Cf. l'article 105 de la loi n° 2011-525 du 17 mai 2011), n'avaient pas délégué cette compétence à une autre instance. Par exemple s'agissant de la répartition de la dotation entre médecins libéraux et hospitaliers. La nature de l'organisme gestionnaire

peut donc emporter des effets en gestion, ce qui a pu être source d'incompréhensions. Le découpage institutionnel du GIP, quoique fondé sur une complète représentation des différents acteurs concernés, n'a pas facilité l'articulation des décisions des différents conseils, comités et sections, pourtant prises conformément aux compétences dévolues par les textes.

Les recommandations n° 24 à 26 pourraient être retenues dès lors qu'elles apporteraient davantage de lisibilité et légitimité à la gouvernance.

Naturellement, pour une bonne acceptation de ces évolutions, il est important que la concertation à conduire embrasse toutes les composantes concernées afin de recueillir le plus large consensus sur l'ensemble de ces sujets.

Remarques de précisions

Concernant la recommandation n° 4, page 37 paragraphe 195, le budget voté pour 2014 s'élève à 196,2 millions d'euros (Cf. annexe ci-jointe).

Par ailleurs, au paragraphe 32 (page 10), la forme affirmative laisse à croire que le financement de l'OGDPC doit comporter l'ensemble des possibilités de financement ouvertes pour ce GIP.

Enfin, au paragraphe 216 de la page 42, l'instauration d'une obligation triennale nécessiterait la modification de la partie réglementaire du code de la santé publique (R. 4133-2 et suivants du code de la santé publique), et non pas sa partie législative.

Le Directeur de la Sécurité Sociale


Thomas FATOME

OBSERVATIONS DE LA MISSION

§32 – La formulation au présent de l’indicatif est celle des textes réglementaires qui déterminent les ressources du DPC.

§138 – La lecture des documents dont a eu connaissance la mission établit sans conteste que les principales décisions qui affectent le GIP sont prises au sein de l’Etat et s’imposent à l’OGDPC qui n’exerce pas sa personnalité juridique. C’est d’ailleurs la limite d’un GIP réduit à deux partenaires aux fonctions dissemblables (l’Etat est le véritable pilote alors que l’Assurance maladie apparaît comme un simple intermédiaire financier).

Recommandations n°4, n°5, n°6 et n°7 – La mission convient de la nécessité d’une gestion des ressources accordée à l’évolution des dépenses réelles. En calculant l’incidence d’une généralisation du DPC sur le montant des forfaits ou en proposant la réintégration de certaines dépenses dans les forfaits, la mission a bien indiqué qu’il était inenvisageable de laisser dériver le coût global du dispositif. Sa recommandation pour un plan pluriannuel de financement – qui n’est pas un acte d’autorisation budgétaire – vise à renforcer la crédibilité de l’obligation, non à majorer les coûts. La mission prend acte de la complexité de définir une nouvelle assiette pour la taxe qui finance le DPC et du caractère sensible de cet élargissement pour les activités visées.

§195 – La mission prend acte de l’actualisation des données depuis la rédaction du rapport.

§216 – La mission prend acte de cette rectification. Il s’agit d’un décret en Conseil d’Etat.

**REPONSES DE LA CAISSE NATIONALE
DE L'ASSURANCE MALADIE DES TRAVAILLEURS
SALARIES (CNAMTS)**

Date : 19 MARS 2014

**Monsieur Pierre Boissier
Chef de l'Inspection Générale des affaires sociales
39-43 quai André Citroën
75739 Paris Cedex 15**

Monsieur le chef de l'inspection,

Je vous prie de trouver ci-après les observations de la Cnamts sur le rapport de contrôle de l'organisme gestionnaire du développement professionnel continu et évaluation du développement professionnel continu des professionnels de santé

La Cnamts a concentré ses remarques sur les scénarios et la gouvernance de l'OGDPC, sachant que l'OGDPC répondra sur les questions relatives à la gestion technique de l'organisme.

De manière générale la Cnamts partage la majorité des recommandations du rapport, notamment celles exposées dans le scénario 1. Par ailleurs, elle souligne que même si la réforme a fait sortir juridiquement du champ des conventions avec les professions de santé libérale la formation continue de ces professionnels, l'Assurance Maladie reste à ce jour le seul financeur du GIP et continue d'assurer le pilotage des instances paritaires du DPC (Conseil de gestion et instances paritaires) notamment afin de favoriser l'acceptabilité de cette réforme par les syndicats de professionnels libéraux qui sont ses partenaires institutionnels dans le cadre conventionnel.

296

Historiquement, le deuxième scénario selon lequel chaque profession gèrerait les fonds de formation avec ses propres organismes de financement a été expérimenté dans le cadre des dispositifs conventionnels. Il a présenté de nombreuses difficultés, à commencer par l'établissement et le suivi des conventions de financement avec des organismes aux modes de gouvernance divers et des coûts de gestion élevés en raison de l'absence d'économies d'échelle. De surcroît, ces coûts risquent de s'accroître si l'indemnisation des professionnels est confiée à ces organismes, car ils n'ont pas mis en place les procédures nécessaires et devraient par conséquent adapter leurs systèmes informatiques et en refacturer les frais dans le cadre des conventions de financement avec l'OGDPC.

Or il convient de rappeler que l'instauration d'un organisme de gestion unique réalisé par l'OGDPC et préfiguré par l'OGC avait comme objectif partagé par l'Assurance Maladie, l'Etat et les partenaires conventionnels de diminuer les coûts de gestion, objectif qui pour la partie administrative strictement est atteint.

En outre, il n'est pas sûr que la charge soit allégée pour l'OGDPC puisque, dans ce scénario, il reste chargé du contrôle de formations qu'il ne gèrerait plus.

Par ailleurs, le financement de l'assurance maladie vient se mêler dans ces fonds au financement professionnel (même s'ils seront probablement distingués dans des sections budgétaires) et de ce fait dilue la visibilité de l'investissement important fait par l'assurance maladie dans ce domaine vis-à-vis des professions de santé libérales.

299

La Cnamts note que le développement de ce scénario est lié par la mission à la mise en place de la taxe rénovée telle que décrite par le rapport.

A défaut de cette mise en place, ce scénario risque de générer des coûts de gestion plus élevés et une gestion complexe des financements par l'OGDPC.

Il apparaît notamment risqué de confier la gestion de l'indemnisation des professionnels aux différents fonds de formation, ce qui aboutira à l'extension du principe de l'indemnisation pour toutes actions de formation et DPC vers les professionnels de santé libéraux.

Par ailleurs, le fait de confier la gestion de ces financements aux différents FAF, FIF et autres OPCA reposera des questions de gouvernance quant à la composition des instances politiques de ces organismes tant du point de vue des syndicats de professionnels que de l'assurance maladie qui par définition n'est pas membre des instances de ces différents fonds. Par conséquent, cela suppose effectivement que l'assurance maladie ne soit plus le principal financeur comme l'indique l'Inspection. Il conviendrait donc de préciser le rôle de l'assurance maladie dans ce scénario qui reste peu détaillé dans l'ensemble du rapport.

Les autres missions qui seraient confiées à L'OGDPC n'appellent pas de remarques particulières.

133 et 252

A noter que le comité paritaire n'est qu'un organe consultatif qui n'a pas de rôle décisionnaire. Seules les sections paritaires ont actuellement ce rôle, puisqu'elles fixent les montants des forfaits. La Cnamts partage l'avis de la mission sur la nécessité de transférer la décision au conseil de gestion/conseil d'administration à la fois sur le budget et les montants des forfaits, ces derniers étant établis sur des bases objectivées par les coûts des différents types de formation.

En revanche la suppression des sections paritaires serait mal interprétée par les professionnels qui y verraient une remise en cause du paritarisme et de la représentation des différentes professions. Ces sections pourraient donc continuer à se réunir pour formuler des propositions au conseil de gestion/conseil d'administration et rester un lieu d'échange d'information sur le dispositif de formation de chaque profession. On pourrait limiter à 2 par an le nombre de réunions des sections. En revanche le comité paritaire pourrait être supprimé, les sections ayant toujours la possibilité de se réunir à plusieurs pour certains sujets transversaux (exemple formation pluri professionnelles).

189 et 217

A cet égard la Cnamts partage la recommandation de la mission d'adapter la périodicité de l'obligation de formation afin de permettre de respecter les enveloppes budgétaires annuelles et de limiter l'engagement de l'assurance maladie.

202

De même la Cnamts appuie la recommandation prévoyant un plan pluriannuel de financement qui permet de donner une prévisibilité aux charges de financement du dispositif.

Et plus loin, elle propose de retenir certains aspects du scénario 2 en le complétant de la manière suivante :

- Favoriser les formations conformes à un cahier des charges précis, répondant à des priorités de santé publique et axées sur les pratiques pluri professionnelles, comme le propose le scénario 2. Les moyens utilisés pour favoriser ces formations prioritaires pourraient être des points de ROSP, une indemnisation plus élevée des professionnels participants, une distinction pour les organismes les proposant...,
- Maintenir le financement de l'ensemble du DPC par l'OGDPC, comme dans le scénario 1,
- Prévoir le financement par l'OGDPC d'une formation par personne et par période de 3 ans sauf pour les formations prioritaires qui seraient financées à raison d'une (voire deux) par an et par personne.

Ces recommandations doivent être accompagnées d'une analyse précise des coûts des formations afin d'établir une typologie de forfaits objective permettant d'optimiser les budgets notamment en fonction du caractère présentiel ou non des formations. Les forfaits actuels sont en effet trop peu différenciés.

248

Concernant la gouvernance, la mission préconise à titre principal de renforcer le rôle du conseil de gestion et plus particulièrement du président à qui serait confié le pilotage de la mise en place du DPC.

L'analyse du cadre actuel et de la pratique montre que la direction générale de l'OGDPC nommée par arrêté s'était vu confier les attributions que la mission propose de voir confier au Président notamment le pilotage de la réforme avec en plus la maîtrise exécutive directe de la gestion de l'OGDPC. Or, cela n'a pas permis de mettre en œuvre de façon sereine la

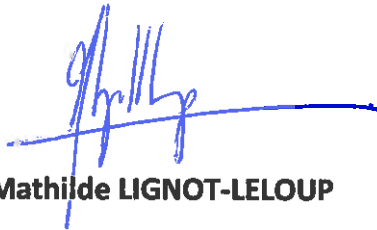
réforme car, comme le souligne le rapport, la direction n'a pas la maîtrise des paramètres réglementaires ni la légitimité politique au regard des syndicats.

C'est le ministre en charge de la santé qui doit légitimer l'instance de pilotage de l'OGDPC quelle qu'elle soit pour lui permettre d'exercer pleinement sa fonction.

Cela d'autant plus que l'Etat (le DSS, le DGOS et la DGS) est membre du conseil d'administration et est en position de tutelle à la fois vis-à-vis de l'OGDPC lui-même, dont il nomme le directeur général et le Président, et de la CNAMTS, du RSI et de la MSA qui constituent le reste de la section sociale face à la section professionnelle composée de représentants des professionnels

Souhaitant que ces remarques retiennent votre attention je vous prie, Monsieur le chef de l'inspection, d'agréer l'expression de ma considération distinguée.

René L.

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Mathilde LIGNOT-LELOUP', with a long horizontal stroke extending to the right.

Mathilde LIGNOT-LELOUP

OBSERVATIONS DE LA MISSION

§133 – Voir la réponse sous le § 252.

§189 – La mission prend acte de la position de la Cnamts.

§202 – L'observation de la Cnamts porte en réalité sur la recommandation n°6 et la mission en prend acte.

§217 – La mission prend acte.

§248 – La mission prend acte de cette analyse qui rejoint ses conclusions.

§252 – Ce sont effectivement les sections qui déterminent les forfaits. La mission n'en propose pas la suppression mais de transférer le pouvoir de décision à l'actuel conseil de gestion.

§296 – La mission prend acte de l'analyse du scénario 2 par la Cnamts.

§299 – La mission prend acte.

LISTE DES PERSONNES RENCONTREES

INSTITUTIONS ET ORGANISMES

➤ **Cabinet de la ministre des affaires sociales et de la santé**

Raymond LE MOIGN, directeur adjoint du cabinet

François CRÉMIEUX, chef du pôle « organisation territoriale des soins »

Djillali ANNANE, conseiller pour l'enseignement médical et la recherche

Fabrice MASI, conseiller pour les relations avec les professionnels de santé libéraux

Ève PARIER, conseillère pour les relations avec les professionnels de santé en établissements de santé

Elsa PTAKHINE, conseillère au pôle « organisation territoriale des soins »

➤ **Cabinet de la ministre de l'enseignement supérieur et de la recherche**

Yves MATILLON, chargé de mission

➤ **Direction général de l'offre de soins (DGOS)**

Michèle LENOIR-SALFATI, sous-directrice des ressources humaines du système de santé

Guy BOUDET, chef du bureau « exercice, déontologie, développement professionnel continu »

Clara DE BORT, chef du département « stratégie-ressources »

➤ **Direction de la sécurité sociale (DSS)**

Valérie MARTY, adjointe au chef de bureau des relations avec les professionnels de santé

Romain PLANTADE, bureau des relations avec les professionnels de santé

➤ **Ministère de l'économie et des finances**

Gilles MARCHANDON, contrôleur général économique et financier

➤ **Haute autorité de santé (HAS)**

Jean-François THÉBAUT, membre du Collège

Philippe THIBAUT, conseiller du président de la HAS

Jean-Michel CHABOT, conseiller médical du président et du directeur de la HAS

Rémy BATAILLON, adjoint au directeur de la qualité et de la sécurité des soins, chef du service de l'évaluation et de l'amélioration des pratiques

➤ **Organisme gestionnaire du développement professionnel continu (OGPDC)**

Eric HAUSHALTER, président du conseil de gestion

Monique WEBER, directrice générale

Joël DESSAINT, agent comptable

Thierry CAZALENS, directeur général adjoint

Hedda WEISSMANN, présidente du comité paritaire

Gérard GALLIOT, président du conseil de surveillance

Dominique ROULAND, vice-présidente du conseil de surveillance

François DUJARRIC, président de la CSI des médecins (section des spécialistes)

Serge GILBERG, vice-président de la CSI des médecins (section des généralistes)

Philippe VIARGUES, président de la CSI des chirurgiens-dentistes

Brigitte PIERRON, vice-présidente de la CSI des sages-femmes

Gilles AULAGNER, président de la CSI des pharmaciens

Philippe DENRY, vice-président de la CSI des pharmaciens

Daniel GUILLERM, vice-président de la commission scientifique du HCPP

➤ **Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés**

Mathilde LIGNOT-LELOUP, directrice déléguée à la gestion et à l'organisation des soins

ORDRES ET COLLÈGES

➤ **Conseil national de l'ordre des médecins (CNOM)**

Patrick BOUET, président

Adam TORNAY, conseiller juridique, directeur des services du tableau

➤ **Collège de médecine générale**

Pierre-Louis DRUAIS, président

➤ **Fédération des spécialités médicales (FSM)**

Olivier GOEAU-BRISSONIERE, président

Valérie LEBORGNE, directrice générale

SYNDICATS DE MÉDECINE LIBÉRALE

➤ **Confédération des syndicats médicaux français (CSMF)**

Michel CHASSANG, président

Bernard ORTOLAN, directeur scientifique

➤ **Fédération des médecins de France (FMF)**

Jean-Paul HAMON, président

Claude BRONNER, vice-président (Union Généraliste)

Patricia LEFÉBURE, présidente de l'Association fédérale pour la formation des médecins (A2FM)

Pascal CHARDONNEL, administrateur

➤ **MG France**

Claude LEICHER, président

Marie-Hélène CERTAIN, vice-présidente

Jean-Louis BENSOUSSAN, secrétaire général adjoint

Jean-Claude SOULARY, président de MG Form

➤ **Syndicat des médecins libéraux (SML)**

Roger RUA, président

Laurent SACCOMANO, président de l'Association pour la formation des médecins libéraux (AFML)

SYNDICATS DE PRATICIENS HOSPITALIERS

➤ **Avenir hospitalier**

Nathalie CROS-TERRAUX, administratrice du Syndicat national des praticiens hospitaliers d'anesthésie-réanimation élargi (SNPHARE)

Laurent HEYER, administrateur du Syndicat national des praticiens hospitaliers d'anesthésie-réanimation élargi (SNPHARE)

➤ **Confédération des praticiens des hôpitaux (CPH)**

Jean-Claude PÉNOCHET, président (entretien téléphonique)

Jacques TRÉVIDIC, secrétaire général (entretien téléphonique)

➤ **Coordination médicale hospitalière (CMH)**

Jean-Gérard GOBERT, vice-président

Sylvie PERON, trésorière

➤ **Intersyndicat National des Praticiens Hospitaliers (INPH)**

Rachel BOCHER, présidente

Alain JACOB, délégué général

Patrick LÉGLISE, président du syndicat national des pharmaciens des établissements publics de santé (SYNPREFH)

Michel TRIANTAFYLLOU, président du Syndicat des psychiatres d'exercice public (SPEP)

➤ **Syndicat National des Médecins chirurgiens spécialistes et biologistes des hôpitaux publics (SNAMHP)**

Sadek BELOUCIF, président

Stéphane DAVID, trésorier adjoint

Christophe SEGOUIN, chargé de mission

AUTRES SYNDICATS

➤ **Association intersyndicale des médecins salariés pour la formation médicale continue**

Sophie BRUNHES-PEREZ, présidente

Roger SALBREUX, vice-président

Nancy GRIME, secrétaire générale

Gérard LUCAS, secrétaire général adjoint

➤ **Fédération nationale des centres de santé (FNCS)**

Céline LEGENDRE, médecin de centre de santé

Claire TERRA, médecin de centre de santé

➤ **Fédérations des syndicats pharmaceutiques de France (FSPF)**

Philippe GAERTNER, président

Philippe DENRY, chargé des relations sociales et de la formation professionnelle

➤ **Syndicat national des masseurs kinésithérapeutes rééducateurs**

Stéphane MICHEL, président

➤ **Union syndicale des médecins des centres de santé (USMCS)**

Eric MAY, président

Lydia CAILLAUD, secrétaire générale

Frédéric VILLEBRUN, membre du bureau

Alain BEAUPAIN, membre du bureau

CONFÉRENCES

➤ **Conférence des présidents de CME de l'hospitalisation privée**

Jean-Luc BARON, président

➤ **Conférence des présidents de CME de centres hospitaliers universitaires**

Sylvia BENZAKEN, présidente de la CME du CHU de Nice (entretien téléphonique)

➤ **Conférence des présidents de CME de centres hospitaliers**

Frédéric MARTINEAU, président (entretien téléphonique)

➤ **Conférence des doyens des facultés de médecine**

Isabelle RICHARD, doyen de la faculté de médecine d'Angers

➤ **Conférence des directeurs de centres hospitaliers régionaux et universitaires**

Philippe DOMY, président (contribution écrite)

FÉDÉRATIONS HOSPITALIÈRES

➤ **Fédération Hospitalière de France (FHF)**

Nadine BARBIER, responsable du pôle « ressources humaines hospitalières »

Maxime CAUTERMAN, conseiller médical, pôle « organisation sanitaire et médico-sociale »

➤ **Fédération de l'Hospitalisation Privée (FHP)**

Jean-Loup DUROUSSET, président

Elisabeth TOMÉ-GERTHEINRICH, déléguée générale

Katya CORBINEAU, directrice des relations sociales et des ressources humaines

ORGANISMES PARITAIRES COLLECTEURS AGRÉÉS (OPCA) ET APPARENTÉS

➤ **Association nationale pour la formation permanente du personnel hospitalier (ANFH)**

Fernand BRUN, président

Emmanuelle QUILLET, directrice générale

Alain JACOB, président du comité médical du développement professionnel continu hospitalier

Bertrand LONGUET, directeur-adjoint du pôle « ressources humaines, finances, patrimoine »

➤ **Fonds d'assurance formation de la profession médicale (FAF-PM)**

Jean-Louis GAYET, directeur des opérations

Claude BRONNER, premier vice-président

Christine SZILVASI, assistante de direction

➤ **Fonds interprofessionnel de formation des professionnels libéraux (FIF-PL)**

Stéphane FANTUZ, président

Philippe LALOUM, directeur général

➤ **Unifaf**

Jean-Pierre DELFINO, directeur général

Estelle BACHER-CHAUSSIN, directrice « recherche, études et développement »

Sédalom FOLLY, chef de projet à la direction « recherche, études et développement »

➤ **Uniformation**

Morgane LEMAIRE, chargée de mission (entretien téléphonique)

ORGANISMES DE FORMATION

➤ **CNGE Formation**

Anne BOTTET, présidente

➤ **Société de formation thérapeutique du généraliste (SFTG)**

Antoine DE BECO, président

Sylvie CAUMEL, directrice administrative

➤ **Soins coordonnés – SOCOFORM**

Peggy WIHLIDAL, déléguée générale

➤ **Union nationale des associations de formation médicale et d'évaluation continues (UNAFORMEC)**

Philippe BONET, président

Francis ABRAMOVICI, secrétaire général adjoint

Pierre COLOMBIER, trésorier

Marcel TOBELEM, conseiller du président

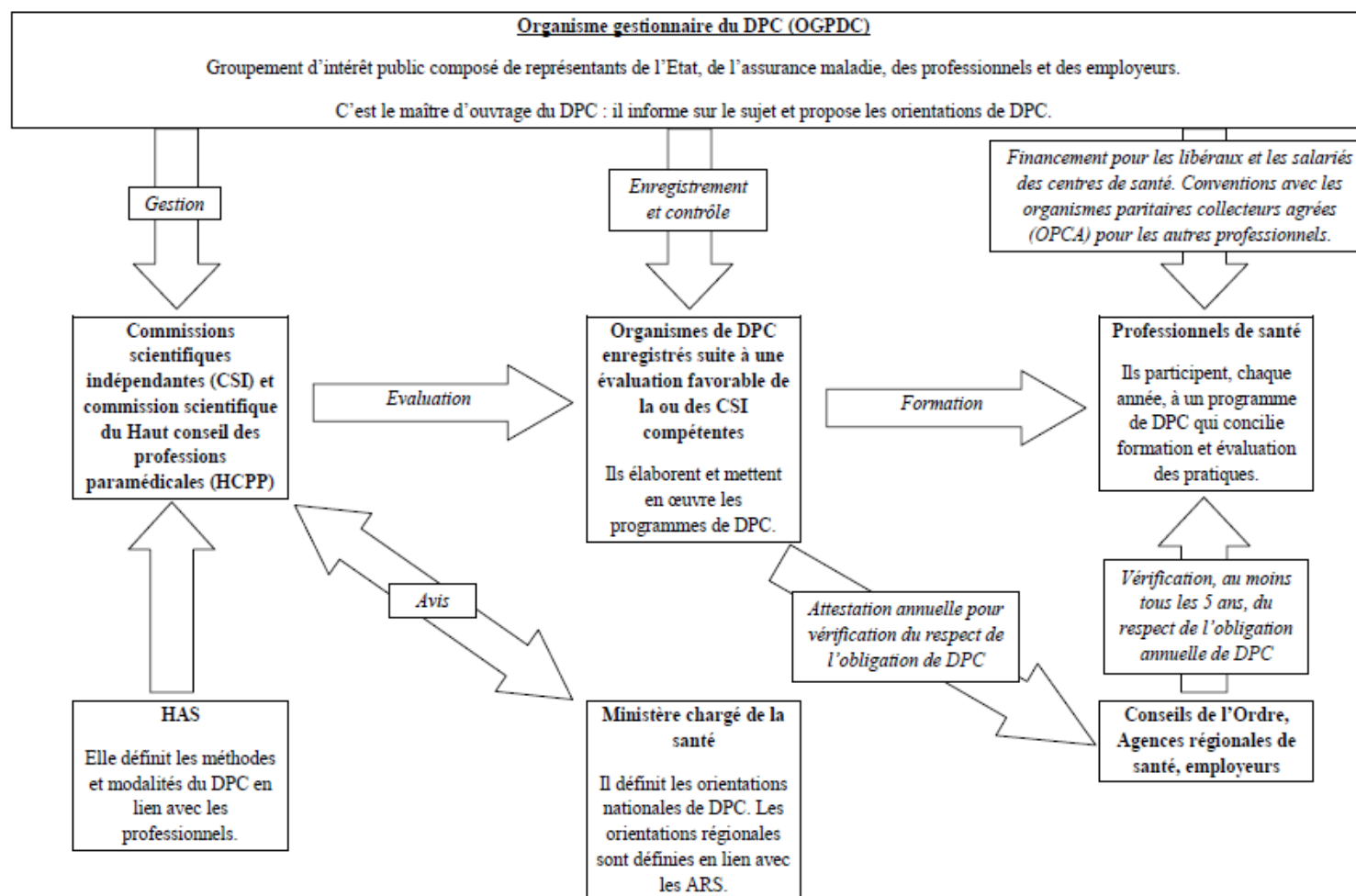
Yves LE NOC, président de la Société française de documentation et de recherche en médecine générale (SFDRMG)

PERSONNALITÉS QUALIFIÉES

Hervé MAISONNEUVE, professeur associé de santé publique

Jean-Pierre VALÉE, rédacteur en chef de *Médecine*

ANNEXE 1 : SCHEMA DE FONCTIONNEMENT DU DPC



Source : HAS, présentation mission

ANNEXE 2 : LES METHODES DE DEVELOPPEMENT PROFESSIONNEL CONTINU

ÉVALUATION ET AMÉLIORATION DES PRATIQUES

Développement professionnel continu

Méthodes et modalités de DPC

Décembre 2012

Ce document présente :

- la liste des méthodes et des modalités de DPC* ;
- les conditions qui permettent d'apprécier la participation effective des professionnels à un programme de DPC*

Ce document a été validé par la HAS (19 décembre 2012) après avis des commissions scientifiques indépendantes (CSI) des pharmaciens, des chirurgiens-dentistes et des sages-femmes et de la commission scientifique du Haut Conseil des professions paramédicales (CSHCPP).

N.B. : l'avis de la CSI des médecins sera recueilli dès que celle-ci aura été installée.

Pour les médecins, cette liste a été élaborée avec le concours d'un organisme composé de conseils nationaux professionnels de spécialité d'exercice selon des modalités définies par une convention conclue entre cet organisme et l'État (art. R. 4133-4 du décret 2011-2116 relatif au DPC des médecins).

Ce document est destiné aux organismes de DPC qui mettent en œuvre des programmes de DPC.

MÉTHODE ET PROGRAMME DE DPC

Le professionnel de santé satisfait à son obligation de DPC dès lors qu'il participe, au cours de chaque année civile, à un **programme de DPC collectif annuel ou pluriannuel***.

Ce programme de DPC doit* :

- être conforme à une **orientation** nationale ou à une orientation régionale de DPC ;
- comporter **une des méthodes** et des modalités validées par la HAS après avis de la commission scientifique indépendante (ou de la commission scientifique du HCPP) ; ces méthodes et modalités précisent les conditions qui permettent d'apprécier la participation effective, en tant que participant ou en tant que formateur, à un programme de DPC ;
- être mis en œuvre par un **organisme de DPC** enregistré **et évalué positivement par la CSI correspondante de la profession ou la CS du HCPP****.

*Décret 2011-2114 du 30 décembre 2011 relatif au DPC des professionnels de santé paramédicaux, décret 2011-2115 du 30 décembre 2011 relatif au DPC des chirurgiens-dentistes, décret 2011-2116 du 30 décembre 2011 relatif au DPC des médecins, décret 2011-2117 du 30 décembre 2011 relatif au DPC des sages-femmes, décret 2011-2118 du 30 décembre 2011 relatif au DPC des pharmaciens.

**Les organismes de DPC sont évalués par la commission scientifique indépendante compétente ou la commission scientifique du HCPP (cf. art. R. 4021-24 du décret 2011-2113 du 30 décembre 2011 relatif à l'organisme gestionnaire du DPC). Si elle (l'évaluation) est défavorable, le suivi des programmes mis en œuvre par cet organisme ne concourt pas, pour le professionnel de santé, au respect de son obligation de DPC.

CONDITIONS PERMETTANT D'APPRÉCIER LA PARTICIPATION EFFECTIVE D'UN PROFESSIONNEL À UN PROGRAMME DE DPC*

Un programme collectif de DPC se conçoit comme une démarche continue d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins qui permet de satisfaire l'obligation individuelle des professionnels de santé qui y participent.

Ce programme a vocation à s'inscrire dans une démarche pluriannuelle (appelée aussi « parcours de DPC ») cohérente au regard des besoins des patients et des professionnels et de leur mode d'exercice.

Les **conditions qui permettent d'apprécier la participation effective** d'un professionnel à un programme de DPC sont les suivantes :

1. Le programme

- Un programme de DPC associe deux activités :
 - **l'analyse des pratiques professionnelles**, lors d'une activité explicite qui comporte :
 - un temps dédié,
 - un référentiel d'analyse reposant sur des références actualisées (scientifiques, réglementaires, organisationnelles, éthiques, consensus d'experts...),
 - une analyse critique et constructive des pratiques réalisées, par rapport à la pratique attendue,
 - des objectifs et des actions d'amélioration,
 - un suivi de ces actions et une restitution des résultats aux professionnels ;
 - **l'acquisition/perfectionnement des connaissances/compétences**, lors d'une activité explicite qui comporte :
 - un temps dédié,
 - des objectifs pédagogiques,
 - des supports pédagogiques reposant sur des références actualisées (scientifiques, réglementaires, éthiques, organisationnelles, consensus d'experts...),
 - une évaluation, notamment de l'acquisition des connaissances, et une restitution des résultats aux professionnels ;
- Ces deux activités sont articulées entre elles, sans ordre prédéfini, et sont **planifiées**.
- Ces deux activités prévoient un temps **d'échange** entre les participants au programme et concernant leurs pratiques (difficultés rencontrées, modalités de prise en charge, résultats obtenus...).
- **L'indépendance** de toute influence, notamment à l'égard des entreprises fabriquant ou distribuant des produits de santé, est garantie (art. 4021-25 du décret 2011-2113 du 30 décembre 2011 relatif à l'organisme gestionnaire du DPC (OGDPC)).
- La **confidentialité** des données personnelles des professionnels de santé, celles relatives à leurs pratiques et celles des patients, est garantie.

2. Les supports utilisés (papiers, numériques)

- Les supports utilisés pour décrire les pratiques recommandées (supports pédagogiques, référentiels d'analyse des pratiques...) utilisent des références scientifiques identifiées.
- Les supports ne comportent aucune promotion.
- Les auteurs des supports sont identifiés et leurs liens d'intérêts sont portés à la connaissance des participants.
- Les autres sources de financements éventuels sont affichées.
- Les supports issus de la presse scientifique professionnelle respectent des critères de qualité décrits dans une fiche spécifique.

*Décret 2011-2114 du 30 décembre 2011 relatif au DPC des professionnels de santé paramédicaux, décret 2011-2115 du 30 décembre 2011 relatif au DPC des chirurgiens-dentistes, décret 2011-2116 du 30 décembre 2011 relatif au DPC des médecins, décret 2011-2117 du 30 décembre 2011 relatif au DPC des sages-femmes, décret 2011-2118 du 30 décembre 2011 relatif au DPC des pharmaciens.

3. Les intervenants (auteurs, formateurs, concepteurs, experts...)

- Tous les intervenants sont tenus de faire connaître à l'ensemble des participants en début de présentation/programme/session les liens d'intérêts qu'ils entretiennent, notamment avec les entreprises et établissements produisant ou exploitant des produits de santé.
- L'expertise pédagogique, scientifique ou méthodologique des intervenants est portée à la connaissance des participants.

4. La traçabilité de l'engagement des professionnels

Il est demandé à chaque professionnel de santé :

- de décrire son **implication** dans le programme de DPC en renseignant chaque année un **bilan individuel d'activité**. Celui-ci comprend au minimum :
 - les besoins identifiés par le professionnel,
 - le programme suivi,
 - les actions d'amélioration mises en œuvre ;
- et de pouvoir **justifier** les actions entreprises en conservant tous les **documents** susceptibles de lui être demandés. Il s'agit par exemple : d'attestation de présence à une activité, de compte rendu de réunion, de résultats d'évaluation, de fiche de suivi d'actions d'amélioration (exemple : nouvelle procédure de prise en charge le cas échéant), etc.

LISTE DES MÉTHODES UTILISABLES DANS LE CADRE DU DPC

Pour construire leurs programmes de DPC, les organismes de DPC sont invités à choisir, parmi les méthodes citées ci-dessous, les mieux adaptées aux contextes de soins, aux objectifs poursuivis, aux attentes des professionnels et aux démarches déjà entreprises.

Le tableau synthétique suivant présente la liste des méthodes selon un classement par type d'approche.

Cette liste a vocation à être évolutive.

| Approche dominante/activités | Méthodes de DPC |
|------------------------------------|--|
| 1. Pédagogique ou cognitive | |
| 1.1 - En groupe | <ul style="list-style-type: none">• formation présentielle (congrès scientifique, séminaire, colloque, journée, atelier, formation interactive, formation universitaire...)• revue bibliographique et analyse d'articles <p>À compléter par une activité d'analyse des pratiques</p> <ul style="list-style-type: none">– soit intégrée à la démarche cognitive, au moment de l'identification des besoins de formation ou de l'évaluation de l'impact de la formation– soit externalisée, en complément de l'activité cognitive, et articulée avec elle |
| 1.2 - Individuelle | <ul style="list-style-type: none">• formation à distance (<i>e-learning</i>, supports écrits et numériques ...)• formations diplômantes ou certifiantes (autres que les diplômes universitaires (DU) validés¹ par les CSI et la CSHCPP) |

¹Certains DU validés par les commissions scientifiques (indépendantes ou du Haut Conseil des professions paramédicales) permettent aux professionnels de valider automatiquement leur DPC. Ils ne sont donc pas concernés dans cette liste (art. R. 4133-5, art. R. 4143-5, art. R. 4153-5, art. R. 4236-5, art. R. 4382-5 des décrets relatifs au DPC du 30 décembre 2011).

| Approche dominante/activités | Méthodes de DPC | |
|---|--|--|
| 2. Analyse des pratiques | | |
| 2.1 - Gestion des risques | <ul style="list-style-type: none">• revue de mortalité et de morbidité (RMM), comité de retour d'expérience (CREX), revue des erreurs médicamenteuses (REMEDI)• analyse <i>a priori</i> des risques (analyse de processus, analyse des modes de défaillance et de leurs effets : AMDE...) | À compléter par une activité d'acquisition des connaissances/compétences : <ul style="list-style-type: none">– soit intégrée à la démarche d'analyse des pratiques, au moment de l'appropriation du référentiel/recommandation ou dans le cadre d'une action d'amélioration à réaliser– soit externalisée, en complément de l'activité d'analyse des pratiques, et articulée avec elle |
| 2.2 - Revue de dossiers et analyse de cas | <ul style="list-style-type: none">• groupe d'analyse de pratiques, staff des équipes médico-soignantes ou médico-techniques, pratiques réflexives sur situations réelles• réunions de concertation pluridisciplinaire• revue de pertinence | |
| 2.3 - Indicateurs | <ul style="list-style-type: none">• suivi d'indicateurs• registres, observatoire, base de données• audit clinique | |
| 2.4 - Analyse des parcours de soins | <ul style="list-style-type: none">• chemin clinique• patients traceurs (en développement) | |
| 2.5 - Analyse de parcours professionnel | <ul style="list-style-type: none">• bilan de compétences | |
| 3. Approche intégrée à l'exercice professionnel | | |
| <p>Ce sont celles où l'organisation en équipe de l'activité clinique, biologique, pharmaceutique quotidienne, implique à la fois une protocolisation et une analyse des pratiques.</p> <ul style="list-style-type: none">• gestion des risques en équipe (en développement)• exercice coordonné protocolé pluriprofessionnel (en réseaux, maisons, pôles ou centres de santé...) | | |
| 4. Dispositifs spécifiques | | |
| <ul style="list-style-type: none">• accréditation des médecins exerçant une spécialité ou une activité à risque (art. 16 de la loi 2004-810 du 13 août 2004)• accréditation des laboratoires de biologie médicale (ordonnance 2010-49 du 13 janvier 2010 et art. L. 6221-1 du CSP)• programme d'éducation thérapeutique (art. 84 de la loi 2009-879 du 21 juillet 2009)• protocole de coopération (art. 51 de la loi 2009-879 de la loi du 21 juillet 2009)• formation professionnelle tout au long de la vie (professionnels paramédicaux) | | |
| 5. Enseignement et recherche | | |
| <ul style="list-style-type: none">• publication d'un article scientifique• recherche clinique en matière d'amélioration de la qualité et de la sécurité• maîtrise de stage (en développement)• formateurs pour des activités de DPC | | |
| 6. Simulation | | |
| <ul style="list-style-type: none">• session de simulation en santé• test de concordance de script (TCS) | | |

ANNEXE 3 : TABLEAU DE CHIFFRAGE DU COUT DU DPC POUR NEUF PROFESSIONS

| Profession | Mode d'exercice | | | | | Financé par l'OGDPC France métropolitaine | Correction France entière | Nombre de professionnels financés par l'OGDPC France entière | Coût moyen d'une formation OGDPC | Nombre moyen d'inscriptions par PS OGDPC | Coût moyen par PS OGDPC | Montant du DPC annuel pour 100% des PS OGDPC | Financé par autres France métropolitaine | Correction France entière | Nombre de professionnels financés par d'autres que l'OGDPC France entière | Estimation coût = 20% du coût moyen par professionnel de santé OGDPC | Montant du DPC annuel pour 100% des PS autres qu'OGDPC | Coût total DPC |
|--|---------------------------------------|---|----------------------------|-----------------|---|--|---------------------------|--|----------------------------------|--|-------------------------|--|--|---------------------------|---|--|--|----------------|
| | Libéral ou mixte hors centre de santé | Salarié hospitalier hors centre de santé | Autre hors centre de santé | Centre de santé | Autre catégorie indemnisable OGDPC | | | | | | | | | | | | | |
| Chirurgien-dentiste | 35 618 | 347 | 3 404 | 3 070 | | 38 688 | 1,020825 | 39 494 | 675,67 | 1,19 | 804 | 31 754 785 | 3 751 | 1,020825 | 3 829 | 161 | 615 758 | 32 370 543 |
| Pharmacien (y.c. biologistes) | | | 43 571 | | 28 453 | 28 453 | 1,02285349 | 29 103 | 686,96 | 1,33 | 914 | 26 590 383 | 43 571 | 1,02285349 | 44 567 | 183 | 8 143 743 | 34 734 125 |
| Sage-femme | 4 198 | 13 881 | 1 184 | | | 4 198 | 1,05045943 | 4 410 | 887,63 | 1,08 | 959 | 4 227 440 | 15 065 | 1,05045943 | 15 825 | 192 | 3 034 130 | 7 261 570 |
| Médecin (y.c. biologistes) | 130 106 | 62 098 | 21 120 | 4 972 | | | | 135 078 | 1399,08 | 1,69 | 2 364 | 319 384 529 | | | 83 218 | 473 | 39 352 880 | 358 737 409 |
| Infirmiers | 92 664 | 395 527 | 84 852 | 6 823 | | 99 487 | 1,02712351 | 102 185 | 986,29 | 1,05 | 1 036 | 105 823 698 | 480 379 | 1,02712351 | 493 409 | 207 | 102 195 226 | 208 018 924 |
| Masseurs-kinésithérapeutes | 59 352 | 12 880 | 2 848 | 224 | | 59 576 | 1,0328535 | 61 533 | 782,79 | 1,08 | 845 | 52 021 047 | 15 728 | 1,0328535 | 16 245 | 169 | 2 746 700 | 54 767 747 |
| Orthophonistes | 17 176 | 1 592 | 2 446 | 69 | | 17 245 | 1,02908425 | 17 747 | 720,3 | 1,06 | 764 | 13 549 816 | 4 038 | 1,02908425 | 4 155 | 153 | 634 551 | 14 184 367 |
| Orthoptistes | 2 592 | 404 | 687 | 53 | | 2 645 | 1,02408994 | 2 709 | 870,29 | 1,06 | 923 | 2 498 812 | 1 091 | 1,02408994 | 1 117 | 185 | 206 140 | 2 704 952 |
| Pédicure-podologue | 12 027 | 103 | 95 | 22 | | 12 049 | 1,01494243 | 12 229 | 714,44 | 1,13 | 807 | 9 872 715 | 198 | 1,01494243 | 201 | 161 | 32 447 | 9 905 163 |
| TOTAL | 353 733 | 486 832 | 160 207 | 15 233 | 28 453 | 262 341 | | 404 488 | 7 723 | | 9 415 | 565 723 226 | 563 821 | | 662 566 | 1 883 | 156 961 575 | 722 684 800 |
| Observations: ne sont décomptées ici que les professions dont le DPC est indemnisable par l'OGDPC selon le mode d'exercice. D'autres professionnels sont soumis à l'obligation de DPC (aide soignant, diététicien, ergothérapeute, auxiliaire de puériculture, manipulateur d'électroradiologie médicale, puéricultrice D.E., psychomotricien, technicien de laboratoire médical, préparateur en pharmacie libérale & hospitalière, audioprothésiste, opticien-lunetier, prothésiste dentaire, orthopédiste-orthésiste) mais voient leur DPC pris en charge par leur employeur ou son OPCA. Les coûts exposés ici sont donc minorés. | | Observations: au titre de la restitution de la contribution de l'industrie pharmaceutique (art. 10 3° de la convention constitutive de l'OGDPC), 19,3m€ sont versés par l'OGDPC aux OPCA du secteur hospitalier pour financer le DPC des médecins de ce secteur | | | Observations: l'OGDPC finance le DPC des pharmaciens titulaires ou gérants d'officine | Observations: sauf pour les médecins, les données de la DREES sur la répartition démographique des professions de santé concernent la France métropolitaine. On fait ici l'hypothèse que cette répartition est identique pour l'Outre-mer et l'application d'un ratio (nombre de professionnels en France entière / nombre de professionnels en France métropolitaine) permet d'obtenir le chiffre concernant la France entière. | | | | | | Observations: sauf pour les médecins, les données de la DREES sur la répartition démographique des professions de santé concernent la France métropolitaine. On fait ici l'hypothèse que cette répartition est identique pour l'Outre-mer et l'application d'un ratio (nombre de professionnels en France entière / nombre de professionnels en France métropolitaine) permet d'obtenir le chiffre concernant la France entière. | | | Observations: pour les professionnels salariés, seuls les frais pédagogiques sont à financer (le salaire étant maintenu par l'employeur), contrairement aux libéraux. Le ratio est déterminé sur la base des forfaits pour les médecins reversés par l'OGDPC aux OPCA du secteur hospitalier (750€ pour l'ANFH et 633€ pour les autres) comparés au forfait pour les libéraux (3700€). L'OGDPC estime que les frais pédagogiques représentent 40% du coût total du DPC: le ratio retenu ici minore donc potentiellement les coûts réels du DPC. | | | |

Source : DREES, OGDPC, calculs mission.

SIGLES UTILISES

| | |
|---------------|---|
| ANFH | Association nationale pour la formation permanente du personnel hospitalier |
| CGEFI | Contrôleur général économique et financier |
| CJUE | Cour de justice de l'Union Européenne |
| CME | Commission médicale d'établissement |
| CMG | Collège de la médecine générale |
| CNAMTS | Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés |
| CNGE | Collège national des généralistes enseignants |
| CNFMIC | Conseil national de la formation médicale continue |
| CSI | Commission scientifique indépendante |
| CSIMRT | Commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques |
| CSP | Code de la santé publique |
| CSS | Code de la sécurité sociale |
| DGOS | Direction générale de l'offre de soins |
| DIF | Droit individuel à la formation |
| DPC | Développement professionnel continu |
| DPI | Déclaration publique d'intérêts |
| DSS | Direction de la sécurité sociale |
| DU | Diplôme universitaire |
| ETP | Équivalent temps-plein |
| FAC | Fonds d'actions conventionnelles |
| FAF-PM | Fonds d'assurance formation de la profession médicale |
| FIF-PL | Fonds interprofessionnel de formation des professionnels libéraux |
| FPC | Formation professionnelle conventionnelle |
| GIP | Groupement d'intérêt public |
| HAS | Haute autorité de santé |
| HCPP | Haut conseil des professions paramédicales |
| HPST | Hôpital, patients, santé, territoires |
| HT HC | Hors taxes hors charges |
| IBAN | International Bank Account Number |
| IGAS | Inspection générale des affaires sociales |
| OGC | Organisme gestionnaire conventionnel |
| OGDPC | Organisme gestionnaire du développement professionnel continu |
| ODPC | Organisme de développement professionnel continu |
| OPCA | Organisme paritaire collecteur agréé |
| PAERPA | Personne âgée en risque de perte d'autonomie |
| PMI | Protection maternelle et infantile |
| RIB | Relevé d'identité bancaire |
| ROSP | Rémunération sur objectifs de santé publique |
| UNCAM | Union nationale des caisses d'assurance maladie |