

Cour des comptes



ENTITÉS ET POLITIQUES PUBLIQUES

LA FORMATION CONTINUE DES MÉDECINS

Exercices 2019 - 2023

Communication à la commission
des affaires sociales de l'Assemblée nationale

Septembre 2024

Sommaire

PROCÉDURES ET MÉTHODES	5
SYNTHÈSE	7
RÉCAPITULATIF DES RECOMMANDATIONS	11
INTRODUCTION	13
CHAPITRE I UNE OBLIGATION DE DÉVELOPPEMENT PROFESSIONNEL CONTINU ENCORE LARGEMENT MÉCONNUE	15
I - UNE DÉMARCHE VISANT À GARANTIR LA FORMATION CONTINUE DES PROFESSIONNELS	15
A - Un empilement de dispositifs et de réformes à l'origine du régime actuel	15
B - Une liberté de choix laissée au médecin mais des règles complexes	18
C - Un système souvent plus lisible et exigeant à l'étranger	19
II - UN SYSTÈME EN ÉCHEC, IMPUISSANT À RENDRE COMPTE DE L'ENGAGEMENT DES MÉDECINS DANS LA FORMATION CONTINUE	20
A - Des résultats appréciés à partir de données partielles et inégalement fiabilisées	20
B - Une statistique totale peu significative.....	24
III - DES CAUSES MULTIPLES AU MANQUE D'ADHÉSION DES PROFESSIONNELS	27
A - Un régime ressenti comme complexe et inadapté	27
B - Un contrôle insatisfaisant par l'ordre des médecins.....	29
CHAPITRE II UNE NOUVELLE OBLIGATION DE CERTIFICATION PÉRIODIQUE À DÉFINIR	35
I - SIMPLIFIER LES OBLIGATIONS DES MÉDECINS EN NE MAINTENANT QUE LA CERTIFICATION PÉRIODIQUE	36
A - Une nouvelle obligation de certification périodique dont les contours tardent à être définis	36
B - Une nouvelle obligation de certification périodique plus complète	41
II - HARMONISER LES RÉFÉRENTIELS DE CERTIFICATION PÉRIODIQUE	43
A - Des disparités nombreuses et anciennes	44
B - Une méthode d'élaboration des référentiels trop générale	44
C - Une publication prématurée de projets de référentiels aux contenus très hétérogènes.....	45
D - L'intérêt d'une pondération des actions.....	46
III - RENFORCER LE CONTRÔLE DE L'OBLIGATION DE CERTIFICATION PÉRIODIQUE	47
A - S'appuyer sur une chaîne globale de contrôles	48
B - Renforcer les conditions de développement du nouveau système d'information	51
IV - FACILITER ET ÉTENDRE L'ÉVALUATION DE L'IMPACT DES ACTIONS DE FORMATION	53
A - Une évaluation indispensable pour contribuer à la définition de modalités pertinentes de formation	54
B - Des difficultés assez faciles à surmonter.....	54
C - Une mission d'évaluation à étendre et à préciser	55
CHAPITRE III RENFORCER ET HOMOGENÉISER LES CONDITIONS DE RÉGULATION DE L'OFFRE DE FORMATION	57
I - UNE RÉGULATION NÉCESSAIRE	57

A - Une combinaison de risques concernant la formation professionnelle et le secteur de la santé.....	58
B - Un besoin de régulation conforté par la persistance de risques.....	61
II - UNE RÉGULATION DIVERSEMMENT MISE EN ŒUVRE PAR LES OPÉRATEURS	63
A - Une régulation hétérogène des organismes de formation	63
B - Une régulation inégale des actions de formation	66
C - Des effets indésirables résultant de certains modes de régulation.....	68
III - HARMONISER ET RATIONALISER LA RÉGULATION DE L’OFFRE	69
A - Assurer la régulation des organismes par un label commun et obligatoire.....	69
B - Réorienter la régulation des actions de formation au profit de contrôles renforcés et <i>a posteriori</i>	70
CHAPITRE IV REDÉFINIR DES MODALITÉS DE FINANCEMENT POUR MAÎTRISER LES COÛTS ET AMÉLIORER L’EFFICIENCE	73
I - DES ENJEUX FINANCIERS SIGNIFICATIFS POUR LES FINANCES PUBLIQUES.....	73
A - L’absence préjudiciable d’informations financières portées à la connaissance des parlementaires.....	74
B - Des enjeux financiers significatifs à maîtriser	75
C - Une occasion possible de mettre en place un suivi des dépenses de formation	80
II - DES RÈGLES DE FINANCEMENT POUR LES MÉDECINS LIBÉRAUX À RESSERRER	80
A - Un financement équilibré mais qui profite de l’adhésion encore faible des médecins à la formation continue.....	80
B - Des fragilités liées aux modalités de financement	81
C - Des évolutions possibles des modalités de financement	83
III - DES MODALITÉS DE FINANCEMENT POUR LES MÉDECINS HOSPITALIERS ET SALARIÉS À REVOIR.....	84
A - Un financement limité, à partir des crédits de la formation professionnelle	85
B - Une consommation anormalement faible de crédits budgétaires pourtant disponibles.....	86
C - Une relance possible des actions s’inscrivant dans le cadre des orientations prioritaires	87
Liste des abréviations	89

Procédures et méthodes

Les rapports de la Cour des comptes sont réalisés par l'une des six chambres thématiques¹ que comprend la Cour ou par une formation associant plusieurs chambres et/ou plusieurs chambres régionales ou territoriales des comptes.

Trois principes fondamentaux gouvernent l'organisation et l'activité de la Cour ainsi que des chambres régionales et territoriales des comptes, donc aussi bien l'exécution de leurs contrôles et enquêtes que l'élaboration des rapports publics : l'indépendance, la contradiction et la collégialité.

L'**indépendance** institutionnelle des juridictions financières et l'indépendance statutaire de leurs membres garantissent que les contrôles effectués et les conclusions tirées le sont en toute liberté d'appréciation.

La **contradiction** implique que toutes les constatations et appréciations faites lors d'un contrôle ou d'une enquête, de même que toutes les observations et recommandations formulées ensuite, sont systématiquement soumises aux responsables des administrations ou organismes concernés ; elles ne peuvent être rendues définitives qu'après prise en compte des réponses reçues et, s'il y a lieu, après audition des responsables concernés.

La **collégialité** intervient pour conclure les principales étapes des procédures de contrôle et de publication. Tout contrôle ou enquête est confié à un ou plusieurs rapporteurs. Le rapport d'instruction, comme les projets ultérieurs d'observations et de recommandations, provisoires et définitives, sont examinés et délibérés de façon collégiale, par une formation comprenant au moins trois magistrats. L'un des magistrats assure le rôle de contre-rapporteur et veille à la qualité des contrôles.

*

**

Le Parlement peut demander à la Cour des comptes la réalisation d'enquêtes, sur le fondement du 2° de l'article 58 de la loi organique n° 2001-692 du 1^{er} août 2001 relative aux lois de finances (commissions des finances), de l'article LO 132-3-1 du code des juridictions financières (commissions des affaires sociales) ou de l'article L. 132-6 du code des juridictions financières (présidents des assemblées).

La Cour des comptes a été saisie par la présidente de la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale, par lettre du 26 octobre 2023, en application de l'article L.O. 132-1 du code des juridictions financières, d'une demande d'enquête sur la formation médicale continue.

Le lancement des travaux de la Cour a été notifié aux administrations et organismes publics concernés par lettres en date du 20 décembre 2023 et du 31 janvier 2024. D'un commun accord, la date de remise au Parlement du présent rapport a été fixée à la fin du mois de juillet 2024.

¹ La Cour comprend aussi une chambre contentieuse, dont les arrêts sont rendus publics.

Les rapporteurs ont conduit une vingtaine d'entretiens et adressé des questionnaires aux principales administrations et organismes concernés :

- une administration centrale (la directrice générale de l'offre de soins) ;
- des organismes publics (l'Agence nationale du développement professionnel continu, la Caisse nationale de l'assurance maladie, l'Urssaf Caisse nationale et l'Agence du numérique en santé) ;
- des agences régionales (les agences régionales de santé d'Île-de-France et du Grand-Est) ;
- une autorité indépendante (le Collège de la Haute Autorité de santé) ;
- un ordre professionnel (le Conseil national de l'ordre des médecins) ;
- deux conseils nationaux professionnels (le Collège de la médecine générale et la Fédération des spécialités médicales) ;
- des fédérations d'établissements de santé (la Fédération hospitalière de France, la Fédération de l'hospitalisation privée et la Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne) ;
- des établissements de santé (l'Assistance publique-hôpitaux de Paris et les Hôpitaux universitaires de Strasbourg) ;
- des opérateurs de compétence (l'Association nationale pour la formation permanente du personnel hospitalier et l'Opérateur de compétences du secteur privé de la santé) ;
- et des financeurs (le Fonds d'assurance formation de la profession médicale et le Fonds interprofessionnel de formation des professionnels libéraux).

Le projet de communication a été préparé, puis délibéré le 23 juillet 2024, par la sixième chambre présidée par Mme Hamayon, présidente de chambre, et composée de M. Rabaté, conseiller maître, Mme Soussia, conseillère maître, MM. Chastenet de Géry, Fourier, conseillers maître, ainsi que, en tant que rapporteurs, M. Chapard, conseiller référendaire, M. Gonalons, conseiller référendaire en service extraordinaire, le professeur Netter, conseiller-expert et, en tant que contre-rapporteur, M. de La Guéronnière, conseiller maître.

Le comité du rapport public et des programmes de la Cour des comptes, composé de M. Moscovici, Premier président, M. Rolland, rapporteur général du comité, M. Charpy, Mme Camby, Mme Démier, M. Bertucci, Mme Hamayon, M. Meddah et Mme Mercereau, présidentes et présidents de chambre de la Cour, M. Strassel, M. Lejeune, M. Serre, Mme Daussin-Charpantier, Mme Renet et Mme Bonnafoux, présidentes et présidents de chambre régionale des comptes, ainsi que M. Gautier, Procureur général, a été consulté sur le projet de rapport le 29 juillet 2024. Le Premier président a approuvé la transmission du texte définitif au Parlement.

*

**

Les rapports publics de la Cour des comptes sont accessibles en ligne sur le site internet de la Cour et des chambres régionales et territoriales des comptes : www.ccomptes.fr.

Ils sont diffusés par La Documentation Française

Synthèse

Au fil des années, les connaissances acquises par les médecins au cours de leur formation initiale se périment en partie, et cela d'autant plus fréquemment aujourd'hui qu'elles sont mises à l'épreuve de nombreuses évolutions technologiques, diagnostiques et thérapeutiques. Objectif reconnu de la formation continue des médecins, l'actualisation des connaissances des professionnels de santé et de leurs pratiques professionnelles contribue ainsi à garantir, dans le temps, la qualité et la sécurité des soins prodigués aux patients.

Après plusieurs réformes, la formation continue des médecins est caractérisée en France par la juxtaposition de deux obligations distinctes.

Depuis 2009, le développement professionnel continu (DPC) oblige plus de deux millions de professionnels de santé, exerçant dans 27 professions différentes, à s'engager, au cours d'une période de trois ans, dans un parcours individuel de formation conforme à un parcours de référence. Les deux principaux objectifs poursuivis portent, d'une part, sur le maintien et l'actualisation des connaissances et des compétences et, d'autre part, sur l'amélioration des pratiques professionnelles.

Depuis le 1^{er} janvier 2023, une obligation de certification périodique y a été ajoutée. Elle impose aux praticiens des sept professions à ordre, soit près de 900 000 personnes², de suivre un parcours de référence supplémentaire propre à chaque profession et à chaque spécialité. Les référentiels correspondants n'ont pas encore été arrêtés par le ministre chargé de la santé. Ils pourraient s'appuyer en partie sur ceux déjà arrêtés pour le développement professionnel continu, auxquels seraient ajoutées des formations correspondant à deux nouveaux objectifs, concernant l'amélioration de la relation avec les patients et la santé du professionnel.

Ces deux obligations s'imposent aujourd'hui aux 234 000 médecins actifs³ qui font l'objet du présent rapport, dont 101 000 médecins généralistes et 133 000 médecins d'autres spécialités, qu'ils exercent en libéral ou au sein d'établissements de santé publics ou privés.

Une obligation de développement professionnel continu restée méconnue des médecins

L'obligation de développement professionnel continu (DPC) consiste pour les médecins à suivre des actions prédéfinies dans un référentiel d'actions, établi pour chaque spécialité, et à les mentionner dans un document de traçabilité hébergé dans un compte individuel.

Au cours du dernier cycle triennal 2020-2022, sur la base des données de l'ordre, seul un médecin sur sept a satisfait à cette obligation.

² La cohorte la plus importantes est celle des infirmiers, avec près de 640 000 professionnels.

³ Au 1^{er} janvier 2023, selon l'Atlas 2023 du Cnom. Sont comptabilisés comme des médecins dits actifs les médecins en activité régulière, les médecins ayant une activité de remplacement et les médecins retraités en activité.

Cela ne signifie pas que les médecins ne se forment pas, mais plutôt qu'ils ne respectent pas leur obligation de rendre compte des actions auxquelles ils participent pour permettre à l'ordre des médecins d'apprécier s'ils respectent leur obligation de formation continue. Cela implique également que toutes les formations suivies, en dehors du dispositif de DPC, ne présentent pas de garanties suffisantes de conformité aux parcours de référence, établis pour chaque spécialité médicale, et ni de qualité pédagogique, scientifique et d'indépendance par rapport à l'industrie pharmaceutique.

Ce constat est d'autant plus préoccupant qu'il a été établi à partir d'informations qui n'ont été que très partiellement fiabilisées et qui restent majoritairement déclaratives. Le contrôle de la fiabilité de ces données avant leur transmission à l'ordre reste insuffisant, y compris lorsque des tiers lui adressent des attestations de conformité.

Selon les professionnels eux-mêmes, le faible taux de médecins respectant leurs obligations de formation pourrait s'expliquer par la reconnaissance d'un nombre trop limité de formations leur permettant de valider leur parcours et par l'impossibilité de valoriser des actions auxquelles ils participent habituellement, telles que les actions collectives, la participation à des recherches cliniques ou l'animation de formations. De même, la règle consistant à ne retenir que les formations relevant de leur spécialité d'origine les prive du bénéfice de celles qu'ils suivent dans le cadre de leur spécialité d'exercice.

La définition attendue des modalités d'application de la nouvelle obligation de certification

Plus de trois ans après la publication de l'ordonnance du 19 juillet 2021 instituant une certification périodique des praticiens, les contours de cette obligation, pourtant entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2023, n'ont toujours pas été précisés du fait de l'absence des principaux décrets d'application nécessaires. Les médecins ne savent donc toujours pas comment la respecter.

Les travaux actuellement en cours pour en définir les modalités de mise en œuvre constituent autant d'occasions pour, tout à la fois, simplifier globalement les obligations imposées aux médecins et renforcer les contrôles sur leur respect, tout en garantissant un nécessaire niveau d'exigence minimal.

Des actions décisives restent donc à mener dans des délais raisonnables.

Premièrement, le système pourrait être simplifié en supprimant l'obligation de développement professionnel continu et en ne maintenant que l'obligation de certification périodique. Cette évolution paraît nécessaire au regard de la complémentarité des finalités poursuivies et des actions attendues, mais également de l'unification et de la rationalisation des moyens, notamment des systèmes d'information.

Deuxièmement, dans cette voie, l'harmonisation des 48 référentiels de certification qui doivent être arrêtés par le ministre chargé de la santé pour chacune des spécialités médicales constitue une étape essentielle. À terme, les médecins doivent pouvoir identifier les actions à mener pour satisfaire à leur obligation. Ils doivent pouvoir disposer des précisions suffisantes quant à la nature de l'action à suivre, mais également quant à sa durée et sa fréquence, et connaître précisément les justificatifs permettant d'attester leur participation ou leur réussite à des tests, voire à des examens. Ils doivent pouvoir être assurés d'un traitement équitable, quelles que soient leurs spécialités.

Troisièmement, le contrôle du respect de l'obligation de certification périodique confié à l'ordre des médecins peut s'appuyer, en partie, sur les contrôles menés par les acteurs de la formation continue, sous réserve que les responsabilités de chacun soient bien définies. De même, les attentes en termes de qualité des informations nécessaires pour valider les parcours de certification des professionnels de santé doivent être définies et arrêtées par les pouvoirs publics. L'ordre pourra s'appuyer sur le nouveau système d'information actuellement développé par l'Agence du numérique en santé, à condition que l'expression des besoins fonctionnels soit finalisée, qu'elle couvre un périmètre plus ambitieux et qu'elle prenne suffisamment en compte la qualité des données.

Enfin, les pouvoirs publics doivent faciliter l'évaluation de l'impact des actions de formation continue, en confiant cette tâche à un organisme indépendant tel que le Conseil national de la certification périodique ou la Haute Autorité de santé, et en aidant l'Agence nationale de développement professionnel continu à surmonter les difficultés liées à l'accès aux données personnelles et à leur utilisation une fois ces données anonymisées. Cette évaluation pourrait être élargie aux nouvelles actions retenues dans le cadre de la certification périodique.

Le renforcement et l'homogénéisation de la régulation de l'offre de formation

La régulation de l'offre de formation continue des médecins doit à la fois prendre en compte les règles de la formation professionnelle et d'autres critères découlant des spécificités du secteur de la santé.

Le premier objectif à poursuivre est la qualité de l'expertise médicale et l'indépendance de celle-ci par rapport à l'industrie des produits de santé, de façon à garantir que les intérêts économiques ne prévalent pas sur la sécurité des patients. Afin d'éviter les conflits d'intérêts entre les acteurs du secteur, des règles de transparence et d'incompatibilité s'imposent déjà aux professionnels, aux organismes de formation et aux opérateurs. Elles sont cependant à renforcer.

Apprécié au regard des montants financiers versés aux acteurs de la santé par l'industrie pharmaceutique par le moyen de conventions, de rémunérations et d'avantages, le niveau de risques est en effet élevé. Au cours des années 2017 à 2022, les entreprises déployant une activité dans les médicaments humains ont déclaré un peu plus de 5 Md€ de rémunérations versées aux acteurs de la santé, dont plus de la moitié à des bénéficiaires pouvant avoir un lien avec des actions de formation. Dans le même temps, les contrôles confiés à l'ordre des médecins sont d'une portée limitée et rencontrent des difficultés.

Par ailleurs, des situations de conflits d'intérêts persistent. Certains conseils nationaux professionnels préconisent ainsi la participation à des congrès qu'ils organisent directement. D'autres recommandent des actions proposées par des organismes de formation avec lesquels ils entretiennent des liens.

La régulation de l'offre de formation continue des médecins par ses opérateurs n'est pas assurée de manière homogène. Pour certains opérateurs, elle porte sur les organismes de formation et sur leurs formations, alors que d'autres ne mènent aucune action particulière sur ce sujet. Les critères retenus varient également, ce qui se traduit par des niveaux inégaux d'exigences pédagogiques, scientifiques et d'indépendance par rapport à l'industrie pharmaceutique. Ce manque de cohérence fragilise la crédibilité et l'impact de l'ensemble du dispositif.

Pour harmoniser et rationaliser l'action des opérateurs et des employeurs, un label unique pourrait être mis en place. Il serait délivré par les opérateurs sur le fondement de critères garantissant la qualité et l'indépendance des actions de formation dispensées. Les contrôles *a posteriori* des actions de formation pourraient être renforcés, tout comme les sanctions.

La réforme des modalités de financement de la formation

Le coût de la formation continue des médecins est élevé. Selon les chiffres communiqués par les principaux financeurs, le montant global des dépenses de formation des médecins a été, au minimum, de l'ordre de 140 M€ par an entre 2019 et 2023, sauf en 2020 et 2021 en raison du contexte sanitaire. En outre, au cours des prochaines années, la mise en œuvre progressive de la nouvelle obligation de certification périodique, susceptible d'entraîner un fort développement de la formation, va mettre à l'épreuve la résilience financière du dispositif.

Dès à présent, il présente des faiblesses qui peuvent être corrigées pour éviter qu'elles ne persistent, voire s'amplifient.

Les modalités de financement de la formation continue des médecins devront donc être redéfinies à la lumière des contextes et des faiblesses spécifiques à chacun des modes d'exercice de la médecine.

L'équilibre préservé pour les médecins libéraux entre coûts et recettes résulte principalement d'une adhésion encore limitée de ces praticiens au développement professionnel continu. Les fragilités inhérentes à certaines dépenses comme le versement d'indemnités compensatrices pour perte de ressources et les forfaits horaires, qui sont génératrices de surcoûts, justifient le lancement des réflexions par l'agence nationale du DPC.

Pour les médecins hospitaliers et salariés, le financement de la formation est en revanche limité, en raison de taux réduits des contributions obligatoires perçues sur les rémunérations des médecins hospitaliers et des autres priorités de financement que le DPC et la certification périodique. Dans ces conditions, l'Association nationale pour la formation permanente du personnel hospitalier et l'opérateur de compétence Opco Santé, auxquels l'État peut accorder des crédits pour financer les actions relevant des orientations prioritaires du développement professionnel continu, doivent veiller à utiliser les enveloppes attribuées qui sont disponibles au niveau de l'Agence nationale du DPC. Cette situation pourrait toutefois s'améliorer sous l'effet notamment de l'évolution des conditions de régulation de l'offre de formation proposé dans le présent rapport.

Récapitulatif des recommandations

1. Fusionner les dispositifs de formation continue des médecins, pour ne conserver que l'obligation de certification périodique (*ministère du travail, de la santé et des solidarités*).
2. Harmoniser les projets de référentiels de certification périodique, en veillant à préciser non seulement la nature des actions de formation, mais également leur pondération en points (*ministère du travail, de la santé et des solidarités*).
4. Établir des conditions satisfaisantes de développement du système d'information, destiné à gérer les comptes individuels de certification périodique. Intégrer à ce système d'information des contrôles de fiabilité des données destinés à faciliter la mission confiée à l'ordre (*ministère du travail, de la santé et des solidarités, ordre des médecins et Agence du numérique en santé*).
5. Élargir à la certification périodique l'évaluation de l'impact des actions de formation continue et autoriser l'exploitation de certaines données anonymisées sur les formations et les pratiques des professionnels de santé (*ministère du travail, de la santé et des solidarités*).
6. Homogénéiser les conditions de régulation des organismes de formation dans le secteur de la santé. À ces fins, créer un label obligatoire au secteur de la santé, dont l'attribution serait confiée à l'Agence nationale du développement professionnel continu (*ministère du travail, de la santé et des solidarités*).

Contrôle de la formation continue

3. Préciser, dans un décret, les principes généraux de contrôle des actions de formation, notamment les critères de qualité des données déclarées et des pièces justificatives à produire, ainsi que les modalités d'organisation de ces contrôles entre les ordres professionnels et les financeurs (*ministère du travail, de la santé et des solidarités*).
7. Privilégier et intensifier les contrôles *a posteriori* des actions de formation réalisés par les financeurs. À ces fins, renforcer leurs pouvoirs réglementaires de contrôle et de sanction. (*ministère du travail, de la santé et des solidarités, Agence nationale du développement professionnel continu, Association nationale pour la formation du personnel hospitalier et Opco Santé*).

Introduction

Sur le fondement de l'article LO 132-3-1 du code des juridictions financières, la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale a saisi la Cour des comptes d'une demande d'enquête sur la formation continue des médecins.

Au fil d'évolutions technologiques, diagnostiques et thérapeutiques de plus en plus rapides, les connaissances acquises par les praticiens au cours de leur formation initiale se périment en partie.

Depuis plus de 20 ans, une littérature scientifique abondante souligne le caractère évolutif des pratiques médicales⁴. Les jeunes médecins exerceraient ainsi le plus souvent en adéquation avec les recommandations des autorités sanitaires, alors que les médecins plus âgés s'en éloigneraient au fil des années⁵.

Objectif reconnu de la formation continue des médecins, l'actualisation des connaissances des professionnels de santé et de leurs pratiques professionnelles contribue ainsi à garantir, dans le temps, la qualité et la sécurité des soins prodigués aux patients. Cette préoccupation, consubstantielle à l'exercice de la médecine, apparaît d'ailleurs dans le serment d'Hippocrate qui énonce que « [...] je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés [...] ». Il est réaffirmé dans celui adopté à Genève, en 1948, par l'assemblée générale de l'Association médicale mondiale qui commande que : « [...] je veillerai à ma propre santé, à mon bien-être et au maintien de ma formation afin de prodiguer des soins irréprochables [...] ».

En France, l'obligation de formation a été progressivement retranscrite dans les lois et règlements, sur un périmètre de plus en plus étendu et selon des modalités pratiques diverses. L'entretien et le perfectionnement des connaissances constituent une obligation déontologique pour les médecins depuis la fin des années 1970⁶.

⁴ Phelps C.E. (2000), *Information diffusion and best practice adoption in Handbook of health economics*, ed. Culyer A.J., Newhouse J.P., Elsevier, Amsterdam, pp. 223-264 ; de Jong J.D. (2008), *Explaining medical practice variation : Social organization and institutional mechanism*, Nivel, Utrecht, 240 p.; Chandra A., Cutler D., Song Z. (2012), *Who ordered that ? The economics of treatment choices in medical care* in Pauly M., Mc Guire T, Barros P.B. (eds). *Handbook in Health Economics*, Elsevier, pp. 397-431. ; Corallo A., Croxford R., Srivastava D., Goodman D., Stukel T. (2014), *A Systematic Review of Medical Practice Variation in OECD Countries*, *Health Policy*, 114 (1), p. 5-14.

⁵ Davis P., Gribben B., Lay-Yee R., Scott A. (2002), *How much variation in clinical activity is there between general practitioners ? A multi-level analysis of decision-making in primary care*, *Journal of Health Services Research and Policy*, 7(4), pp. 202-208; Mousquès J., Renaud T. & Scemama O. (2010), *Is the "practice style" hypothesis relevant for general practitioners ? An analysis of antibiotics prescription for acute rhinopharyngitis*, *Social Science & Medicine*, 70(8), pp.1176–1184; Haastrup, PF., Rasmussen S., Hansen, JM., Christensen, RD., Sondergaard, J., Jarbol, DE. (2016), *General practice variation when initiating long-term prescribing of proton pump inhibitors : a nationwide cohort study*, *BMC Fam Pract*, 17:57.

⁶ Article 16 du décret n° 79-506 du 28 juin 1979 portant code de déontologie médicale : « Les médecins ont le devoir d'entretenir et de perfectionner leurs connaissances ».

Ceux-ci doivent aujourd'hui respecter deux obligations distinctes de formation continue, en raison de la cohabitation de deux dispositifs différents. Créé en 2009, le développement professionnel continu (DPC) concerne la quasi-totalité des professions de santé. Plus récemment, la certification périodique, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2023⁷, est limitée à celles qui disposent d'un ordre professionnel⁸.

Ces deux obligations s'imposent aujourd'hui notamment aux 234 000 médecins actifs⁹, dont 101 000 praticiens généralistes et 133 000 d'autres spécialités, qu'ils exercent en libéral ou au sein d'établissements de santé publics ou privés.

Alors que le développement professionnel continu s'inscrit dans une démarche d'actualisation des connaissances et d'amélioration des pratiques professionnelles, l'obligation supplémentaire de certification périodique s'élargit à l'amélioration de la relation du professionnel avec ses patients et à la prise en compte de la santé personnelle du médecin. Cette évolution met en évidence un accroissement des compétences et savoirs reconnus comme nécessaires à l'exercice de l'art médical.

Le respect de ces deux obligations est contrôlé par l'ordre des médecins. Cependant les textes ne prévoient de sanctions qu'en cas de non-respect de l'obligation de certification périodique. Ces sanctions peuvent aller jusqu'à l'interdiction temporaire ou définitive d'exercer la profession¹⁰.

La Cour s'est attachée à évaluer la pertinence et l'efficacité de l'organisation actuelle de la formation continue des médecins et sa capacité à garantir la qualité des soins prodigués aux patients. Elle estime qu'un cadre global et simplifié devrait être proposé aux professionnels dans des délais raisonnables, avec un niveau d'exigence adapté aux enjeux et au secteur de la santé, et une attention particulière au coût du dispositif pour les finances publiques.

Ainsi, alors que l'obligation de développement professionnel continu reste méconnue des médecins (chapitre I), la nouvelle obligation supplémentaire de certification périodique offre une occasion de simplifier des mécanismes complexes, qui doit être saisie par les pouvoirs publics (chapitre II). Le souci de garantir la qualité de la formation continue des médecins amène à préconiser de réformer et d'homogénéiser la régulation du système (chapitre III). Enfin, alors que les besoins de formation sont susceptibles d'augmenter sous les effets conjugués d'une plus grande adhésion des médecins et de la mise en œuvre de la nouvelle obligation de certification périodique, les modalités de financement de la formation continue des médecins doivent être repensées dans le but d'assurer l'efficacité des dépenses et la soutenabilité financière du dispositif (chapitre IV).

⁷ Ordonnance n° 2021-961 du 19 juillet 2021 relative à la certification périodique de certains professionnels de santé.

⁸ Médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes, pharmaciens, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes et pédicures-podologues.

⁹ Au 1^{er} janvier 2023, selon l'Atlas 2023 du Cnom. Sont comptabilisés comme des médecins dits actifs les médecins en activité régulière, les médecins ayant une activité de remplacement et les médecins retraités en activité.

¹⁰ Article L. 4022-9 du code de santé publique.

Chapitre I

Une obligation de développement professionnel continu encore largement méconnue

Le développement professionnel continu vise à s'assurer que les professionnels se sont engagés dans une démarche comportant des actions de formation continue, d'analyse, d'évaluation et d'amélioration de leurs pratiques et de gestion des risques.

Depuis sa mise en œuvre en 2009, ce dispositif est cependant en échec, comme en témoigne le faible nombre de médecins attestant de la validation de leur obligation, ainsi que les conditions dans lesquelles cette dernière est contrôlée.

I - Une démarche visant à garantir la formation continue des professionnels

Le faible taux de médecins respectant leurs obligations de formation continue s'explique par un empilement et une complexité des dispositifs de formation, progressivement mis en place.

A - Un empilement de dispositifs et de réformes à l'origine du régime actuel

Le développement professionnel continu, dans sa forme actuelle, résulte de révisions successives du cadre applicable à la formation continue des médecins.

En 1996, la « formation médicale continue » (FMC) est devenue obligatoire¹¹. Alors que, jusqu'alors, la formation continue constituait seulement une obligation déontologique pour le médecin, elle est alors devenue une obligation légale opposable au professionnel. Elle repose cependant sur une obligation de moyens¹², dans la mesure où le médecin doit être en mesure de prouver qu'il a suivi des actions de formation, et non sur une obligation de résultats, dans le cadre de laquelle il devrait prouver ses compétences.

¹¹ Ordonnance n° 96-345 du 24 avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins.

¹² Pierre Gallois, *La formation continue des médecins français. Quelques données sur la situation actuelle.*, ADSP, n° 32, septembre 2000.

En 2004, le législateur a introduit l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP)¹³. Celle-ci apporte une préoccupation clinique complémentaire de la formation médicale continue en dépassant le seul domaine de l'acquisition et de l'actualisation des connaissances pour promouvoir également une approche réflexive sur les pratiques professionnelles et sur leur qualité.

En 2009, ces deux dispositifs ont été regroupés autour du développement professionnel continu (DPC)¹⁴ qui a été rendu obligatoire pour la quasi-totalité des professionnels de santé, qu'ils soient régis ou non par un ordre professionnel. Le DPC correspond ainsi à une démarche professionnelle continue qui repose sur l'identification et la mise en œuvre d'actions concrètes d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins¹⁵. Il permet de combiner les activités de formation et d'analyse des pratiques dans le cadre d'une démarche permanente, qui n'est pas limitée par une approche restrictive de la formation.

La loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé a révisé le régime du DPC. L'obligation annuelle, considérée comme trop ambitieuse et contraignante, est alors devenue une obligation triennale. Des parcours de DPC sont proposés par des conseils nationaux professionnels, pour chaque profession ou spécialité¹⁶, qui constituent l'une des modalités possibles de validation de son obligation par le professionnel. Ce parcours précise l'enchaînement des actions de formation continue, d'analyse, d'évaluation et d'amélioration des pratiques et de gestion des risques estimés nécessaires par la profession pour maintenir et actualiser les connaissances et les compétences et améliorer les pratiques des professionnels de santé.

Des orientations pluriannuelles prioritaires, permettant d'identifier des priorités de santé publique, doivent également être définies. La mise en œuvre du DPC, démarche individuelle obligatoire¹⁷, repose désormais, d'une part, sur les méthodes et modalités élaborées et publiées par la Haute Autorité de santé (HAS)¹⁸ et, d'autre part, sur les orientations prioritaires nationales (OPN) pluriannuelles définies par le ministère de la santé pour chaque profession ou spécialité ou sur des orientations régionales définies par les agences régionales de santé (ARS)¹⁹.

A l'occasion de cette réforme, l'Agence nationale du développement professionnel continu (ANDPC) a succédé à l'Organisme gestionnaire du développement professionnel continu (OGDPC). Elle se situe au cœur du dispositif de DPC, étant chargée du pilotage de l'ensemble du dispositif. Cette mission générale consiste notamment à collecter les données individuelles attestant de l'engagement dans une démarche de DPC par la mise en œuvre du dispositif de traçabilité électronique prévu par les textes²⁰.

¹³ Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie.

¹⁴ Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

¹⁵ Site internet de la Haute autorité de santé, « *Cadre légal et historique du DPC* », 20 décembre 2012.

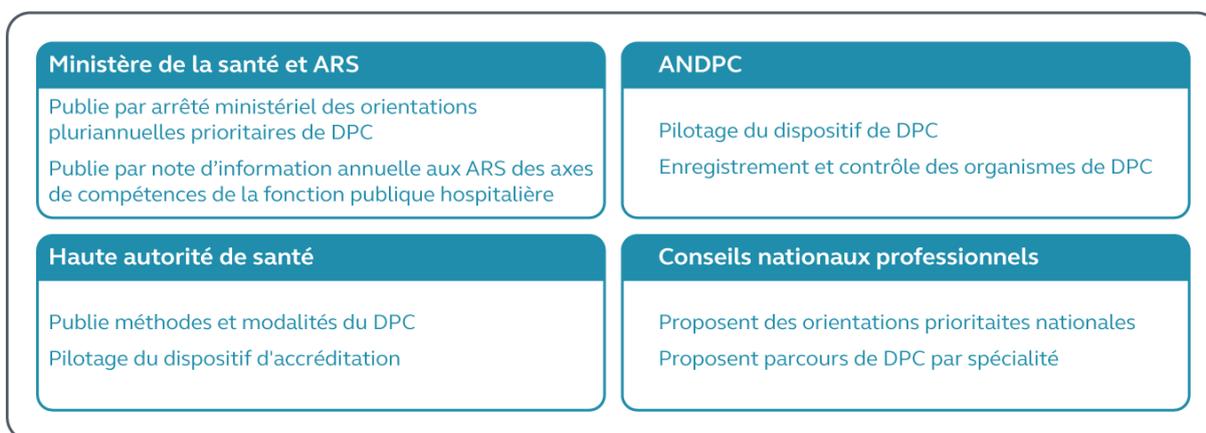
¹⁶ Pour chaque professionnel, il constitue une recommandation afin de satisfaire à son obligation triennale de développement professionnel continu.

¹⁷ Articles L. 4021-1 et suivants du code de la santé publique. Cette obligation ne concerne pas les professionnels exerçant dans les collectivités d'outre-mer (Polynésie française, Saint-Barthélemy, Saint-Martin, Saint-Pierre-et-Miquelon, Wallis-et-Futuna) et les collectivités d'outre-mer à statut particulier (terres australes et antarctiques françaises et Nouvelle Calédonie).

¹⁸ La HAS a publié 19 méthodes de DPC sur son site Internet, la dernière en date portant sur la simulation en santé (2019).

¹⁹ Article L. 4021-2 du code de la santé publique. Pour les années 2023 à 2025, près de 300 orientations ont été définies par les arrêtés du 7 septembre 2022, du 8 décembre 2022 et du 10 février 2023.

²⁰ Article R. 4021-5 du code de la santé publique.

Schéma n° 1 : acteurs intervenant dans le cadrage du contenu du DPC et sa mise en œuvre

Source : création Cour des comptes

De plus, l'accréditation des spécialités à risques, dispositif apparu en 2004²¹ et centré sur les méthodes de gestion des risques, a été reconnue, à l'occasion de la réforme de 2016, comme l'une des modalités permettant au médecin de valider son obligation de DPC.

L'accréditation des spécialités à risques

L'accréditation des médecins et des équipes médicales est une démarche volontaire de gestion des risques fondée sur la déclaration d'événements indésirables associés aux soins (EIAS) et sur l'amélioration de la qualité et de la sécurité des pratiques. Elle est délivrée aux médecins qui ont satisfait aux exigences du programme de leur spécialité, un an après leur engagement dans le dispositif et reste valable quatre ans.

Elle concerne les médecins et les équipes médicales exerçant une spécialité ou une activité dite « à risques » dans un établissement de santé²². Prévoyant initialement des modalités de financement fondées sur la prise en charge par l'assurance maladie d'une partie de l'assurance en responsabilité civile des praticiens hospitaliers, le dispositif s'est surtout avéré incitatif pour ceux qui exercent à titre libéral. En 2022, un rapport relatif à la généralisation de l'accréditation a souligné qu'elle restait peu connue des professionnels de santé et plus largement des acteurs du système de soin²³. Depuis lors, des aides complémentaires versées par l'assurance maladie aux organismes agréés ont été instaurées afin de renforcer la place de l'accréditation dans les établissements de santé²⁴.

En 2023, près de 8 000 médecins étaient accrédités, contre un peu plus de 6 000 en 2019, ce qui représente seulement 18 % de la population éligible.

²¹ Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie.

²² Il s'agit des spécialités de gynécologie-obstétrique, d'anesthésie-réanimation, de chirurgie, de spécialités interventionnelles ainsi que des activités d'échographie obstétricale, de réanimation ou de soins intensifs.

²³ Rapport de la mission confiée au Pr B. Millat, *Généralisation de l'accréditation des médecins et des équipes médicales de spécialités à risques*, ministère chargé de la santé, octobre 2022.

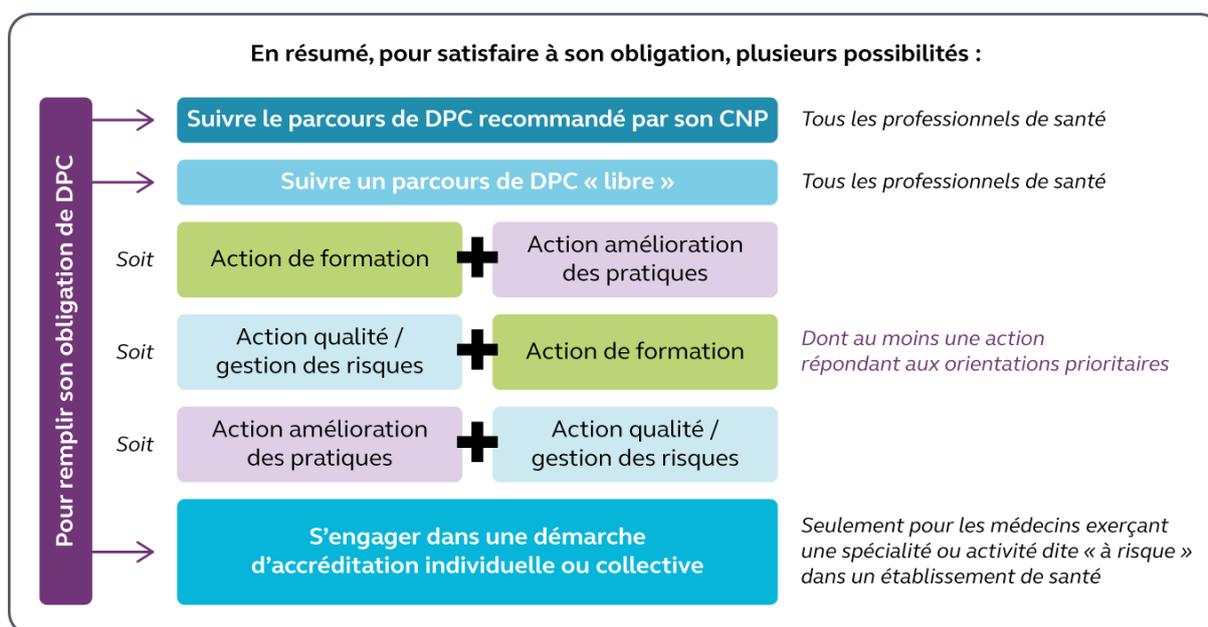
²⁴ Décret du 15 décembre 2021 relatif au financement des organismes agréés mentionnés à l'article D. 4135-5 du code de la sécurité sociale et au projet territorial de santé.

B - Une liberté de choix laissée au médecin mais des règles complexes

Pour satisfaire à son obligation de développement professionnel continu²⁵, le médecin dispose de trois modalités alternatives²⁶.

Il doit justifier, au cours d'une période de trois ans, de son engagement dans le parcours défini par le conseil national professionnel²⁷ (CNP) compétent, ou bien dans une démarche d'accréditation pour les professions exposées à des pratiques à risques en établissement de santé, ou encore dans une démarche dite « libre »²⁸.

Schéma n° 2 : modalités de validation du DPC des professionnels de santé



Source : Cour des comptes

La démarche de parcours « libre » doit comporter au moins deux des trois types d'actions prévues par la réglementation. Les actions de formation continue des médecins correspondent soit à une action de formation continue au sens strict, soit à une action de gestion des risques, soit à une évaluation des pratiques professionnelles (EPP), soit enfin à un programme intégré (qui correspond à l'association de plusieurs des types d'actions mentionnés précédemment, comme une action de formation continue et une action de gestion des risques, par exemple). Dans le cadre d'un parcours libre, au moins une des actions doit être rattachée à une orientation prioritaire.

²⁵ Article R. 4021-4 du code de la santé publique.

²⁶ Pour les professionnels salariés, le choix des actions auxquelles le médecin s'inscrit s'effectue en lien avec l'employeur, ainsi que le précise l'article L. 4021-3 du code de la santé publique.

²⁷ Aux termes des dispositions combinées des articles D. 4021-3 et D. 4021-3-1 du code de la santé publique, les CNP, pour chaque profession de santé ou, le cas échéant, pour chaque spécialité, assurent une représentation équilibrée des différents modes d'exercice et regroupent les sociétés savantes et organismes rassemblant les professionnels de santé exerçant la même profession ou la même spécialité.

²⁸ Article R. 4021-4 du code de la santé publique.

À titre d'exemples, participer à un congrès correspond à une action de formation continue. Pour mener une action d'évaluation des pratiques professionnelles, un médecin peut réaliser un audit clinique selon la méthodologie définie par la Haute autorité de santé. Enfin, une action de gestion des risques peut consister à participer à une revue morbi-mortalité.

Sur la base des données de l'ANDPC, en 2023, les médecins conventionnés et les médecins salariés des centres de santé se sont majoritairement inscrits à des programmes intégrés (58,7 %) ainsi qu'à des actions de formation continue (30,8 %). Ils ont plus marginalement participé à des actions d'évaluation des pratiques professionnelles (10,1 %) ainsi que de gestion des risques (0,37 %) ²⁹. Cette tendance est conforme à celle d'autres professions de santé ³⁰. Toutes catégories professionnelles confondues, les inscriptions aux programmes intégrés représentaient 50,1% des inscriptions totales.

Cette variété des modalités de validation de l'obligation de DPC ménage la liberté des praticiens mais est génératrice de complexité.

Celle-ci résulte, au moins en partie, des réformes successives et de l'empilement sans cohérence d'ensemble de dispositifs préexistants. La récente obligation de certification, qui s'est ajoutée à l'obligation de développement professionnel continu sans la remplacer, en est une illustration.

C - Un système souvent plus lisible et exigeant à l'étranger

Malgré ces multiples réformes, une ambition régulièrement réaffirmée et un périmètre qui s'étend au-delà des seuls médecins ³¹, le système français demeure en retrait par rapport à celui de pays comparables, analogues dans leur esprit quoique souvent dénommés différemment : « *recertification* », « *revalidation* », « *maintenance of certification* », « *relicensing* », ou « *appraisal* » s'il s'accompagne d'une évaluation.

Ces dispositifs ont été mis en place depuis de très nombreuses années pour certains d'entre eux, comme au Canada et au Québec, où le programme d'examen par les pairs des dossiers des cabinets médicaux date des années 1980. Les dispositifs en vigueur aux Etats-Unis et aux Pays-Bas ont été mis en place dans les années 1990.

Certains pays ont retenu des modalités de contrôle et d'appréciation du respect de l'obligation de formation se traduisant, en sus de la participation à des actions de formation, par des tests évaluatifs auxquels le médecin doit se soumettre périodiquement, comme aux États-Unis ³². Aux Pays-Bas ³³, l'évaluation est menée à partir d'échanges formalisés avec des pairs, sur la base d'un questionnaire d'auto-évaluation. Au Royaume-Uni ou au Canada, l'évaluation par les pairs est réalisée sur la base d'une analyse de la pratique du médecin.

²⁹ Données ANDPC au 31 décembre 2023.

³⁰ Les inscriptions aux programmes intégrés représentent la part majoritaire de plusieurs professions de santé (médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes, infirmiers, pédicures-podologues). Elle est cependant minoritaire pour d'autres catégories professionnelles (biologistes, pharmaciens, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes).

³¹ Le DPC a été rendu obligatoire pour la totalité des professions de santé codifiées, soit 33 professions, ce qui distingue fortement la France des pays anglo-saxons et européens, dans lesquels l'obligation de formation est essentiellement centrée sur les médecins ou sur les grandes professions qui constituent les équipes de soins primaires : les pharmaciens, les infirmiers et les masseurs-kinésithérapeutes.

³² Les modalités varient selon les spécialités médicales. Cependant ces tests prennent souvent la forme de « *Longitudinal Knowledge Assessments* » (LKA), qui correspondent à des tests trimestriels réalisés à distance par le médecin.

³³ Aux Pays-Bas, par exemple, la « *recertification* » des médecins tous les cinq ans est basée sur leur activité, sur leur portfolio de formations mais aussi sur un système dit de « *visitation* » par les pairs.

En France, le système apparaît plus complexe dans son organisation et moins lisible pour les médecins et les patients. Au-delà de la superposition actuelle des procédures et obligations, les modalités de validation de l'obligation de formation continue sont moins faciles à appréhender. À titre de comparaison, des systèmes de validation de l'obligation par points ou nombre d'heures ont très souvent été retenus, comme, par exemple, au Canada, au Québec, en Allemagne, en Croatie ou en Suisse. Ces systèmes permettent de faciliter l'appréciation du respect de l'obligation par le médecin tout en simplifiant les contrôles.

Par ailleurs, dans la plupart des pays, la sanction de l'absence de satisfaction de l'obligation de formation continue par le médecin peut être sévère. Elle peut consister en une interdiction d'exercer ou se traduire par le retrait de la licence, de l'accréditation ou de l'inscription sur une liste de médecins habilités³⁴. Même lorsqu'aucune interdiction d'exercer n'est prononcée, l'absence de renouvellement de la certification peut rendre, dans plusieurs pays, le recrutement par un employeur plus difficile, voire impossible³⁵. D'autres sanctions sont également prévues, comme en Allemagne, avec la réduction du remboursement ou une amende infligée aux médecins conventionnés.

II - Un système en échec, impuissant à rendre compte de l'engagement des médecins dans la formation continue

Le faible taux de médecins respectant leurs obligations de formation continue est d'autant plus préoccupant qu'il a été établi à partir d'informations qui n'ont été que très partiellement fiabilisées et qui restent majoritairement déclaratives. En conséquence, les données agrégées par l'ordre restent peu significatives.

A - Des résultats appréciés à partir de données partielles et inégalement fiabilisées

Les conditions d'appréciation du respect par les médecins de leur obligation de formation ne sont pas satisfaisantes, pour plusieurs raisons. L'ordre doit agréger des données provenant de nombreuses sources d'information, au regard des documents de traçabilité mis à la disposition des médecins. Pour autant le nombre des médecins qui procèdent effectivement à la déclaration de leurs actions de formation reste encore très limité. Enfin, la fiabilité des données sur lesquelles l'ordre se fonde reste variable suivant les sources d'information.

³⁴ Royaume-Uni, Pays-Bas, Allemagne, Suisse,

³⁵ Aux États-Unis, les « recertifications » sont exigées par les recruteurs, des employeurs et les assurances professionnelles. Elles sont *in fine* indispensables à la *Maintenance of Licensure*, ce qui les rend de fait obligatoires alors qu'elles sont théoriquement volontaires.

1 - Un émiettement des sources d'information

L'ordre dispose aujourd'hui des données les plus complètes quant à la satisfaction de l'obligation de développement professionnel continu par les médecins, qu'il agrège sur la base des informations que lui transmettent les organismes parties prenantes de sa mise en œuvre³⁶.

Il obtient en premier lieu la plupart des informations auprès de l'ANDPC, dont les comptes de traçabilité, pour les médecins ayant accepté leur transfert à l'ordre, lui sont transmis annuellement dans le cadre d'une convention passée avec l'Agence. En pratique, ainsi que l'a souligné l'inspection générale des affaires sociales (Igas), le document de traçabilité prévu par le décret du 8 juillet 2016 a été déployé en décembre 2020 par l'ANDPC³⁷.

L'ordre a également passé une convention avec la Fédération des spécialités médicales (FSM), ainsi qu'avec le Collège de médecine générale (CMG), afin d'obtenir la transmission d'attestations de conformité. Ces organismes ont en effet élaboré des documents de traçabilité numériques *ad hoc*. Ils incitent à ce titre les médecins de leur spécialité s'engageant dans un parcours de DPC établi selon le référentiel de leur spécialité, à déposer leurs documents justificatifs sur leur plateforme, respectivement *Parcourspro.online* pour la FSM et *Archimède* pour le CMG. Ces organismes établissent ensuite une attestation de conformité³⁸, qu'ils transmettent annuellement à l'ordre³⁹.

Afin d'intégrer dans son contrôle les médecins ayant fait le choix de valider leur obligation de formation continue par le biais de l'accréditation, l'ordre obtient également des données les concernant, diffusées en source ouverte par la Haute Autorité de santé. Ces informations sont intégrées dans le système d'information de l'ordre.

Schéma n° 3 : données utilisées par l'ordre des médecins pour opérer son contrôle



Source : création Cour des comptes

³⁶ Susceptible d'être destinataire d'information par le médecin lui-même, l'ordre refuse la transmission directe par le médecin. Il estime qu'il ne saurait recueillir directement auprès des médecins les informations relatives à leur engagement dans un parcours de développement professionnel continu, et qu'être destinataire de telles données serait « inopérant » tant du point de vue de l'organisation de ce recueil que de l'évaluation des actions réalisées.

³⁷ L'Igas a souligné que « La réalité du contrôle est toutefois des plus limitées ; s'agissant des professions à ordre, elle n'a en fait débuté qu'à l'issue du premier triennal 2017-2019, après le déploiement en décembre 2020 par l'ANDPC du document de traçabilité (DDT) prévu par le décret du 8 juillet 2016, disponible pour tout professionnel de santé, pour peu que celui-ci ouvre un compte personnel et le renseigne quant aux actions suivies. » cf. Igas, *Dispositif de certification périodique créé par l'Ordonnance n°2021-961 du 19 juillet 2021 : état des lieux financier*, 2021, p. 110.

³⁸ Le document fourni par le CNP, dit « attestation de conformité », correspond à la l'attestation, par le CNP, « de la conformité du parcours du professionnel à ses recommandations » (article R. 4021-5 du code de la santé publique).

³⁹ Selon les conventions passées avec l'ordre et ces organismes.

2 - Des données portant sur un nombre encore limité de médecins

Les données dont dispose l'ordre pour effectuer son contrôle sont partielles. Il ne dispose en effet pas d'informations pour la majorité de la population des médecins actifs.

S'agissant des données de l'ANDPC, principal fournisseur de données au moyen de son document de traçabilité, le nombre de comptes créés rapportés au total de la population active de médecins est faible. Ainsi, au 31 décembre 2022, 80 891 comptes de médecins étaient actifs sur la plateforme de l'ANDPC. L'Agence indique à ce titre avoir transmis 75 543 documents de traçabilité pour permettre à l'ordre d'assurer sa mission de contrôle sur le triennal 2020-2022. Selon l'agence, la différence entre les documents de traçabilité ouverts sur la plateforme et les documents transmis à l'ordre correspondraient aux médecins refusant la transmission de leur document à l'ordre.

En conséquence, sur une population active de 231 735 médecins⁴⁰, l'ANDPC n'a pas été en mesure de transmettre des informations pour la majorité d'entre eux, soit 67,4 %. De surcroît, parmi les comptes transmis, certains sont vides ou ne contiennent que des informations partielles ne permettant pas de démontrer que l'obligation de DPC est satisfaite.

Les données obtenues par l'ordre auprès des autres producteurs de données sont encore plus limitées. Par le biais des données publiées par la HAS, il n'a pu avoir de confirmation de l'accréditation que pour 7 624 médecins, soit 3,29 % de leur population active. Il a par ailleurs été destinataire de 659 attestations de conformité issues de la FSM et 142 du CMG, soit respectivement 0,28 % et 0,06 % de la population active des médecins⁴¹.

Au total, pour les trois années 2020 à 2022, l'ordre a été destinataire d'informations concernant 83 968 praticiens, soit seulement 36,2 % de la population active⁴². Cela signifie qu'il ne dispose d'aucun renseignement relatif à l'engagement de la majorité des médecins dans une démarche de formation continue, malgré l'obligation faite au professionnel de faire connaître les actions qu'il a réalisées⁴³.

⁴⁰ Nombre de médecins au 1^{er} janvier 2023, selon les données communiquées par le Cnom à la Cour des comptes. Ne sont pas inclus les médecins exerçant dans les COM.

⁴¹ La FSM indique que la plateforme *parcourspro.online* recense à ce jour 8 237 médecins pour 2 114 parcours validés, ces parcours validés concernant la période 2020-2022. L'ordre indique cependant avoir été destinataire de seulement 659 attestations de conformité au titre de ces trois années, exploitées dans le cadre de son contrôle.

⁴² Cela représente toutefois une progression par rapport au triennal précédent, le nombre de documents de traçabilité transmis par l'ANDPC à l'ordre lors du triennal 2017-2019 ayant concerné seulement 51 092 médecins. Selon l'ANDPC, la situation devrait poursuivre sa progression au cours du cycle triennal actuel, couvrant les années 2023 à 2025. À la date de mai 2024, s'agissant des médecins libéraux et salariés des centres de santé, 51 112 médecins auraient déjà participé à une action de formation, 36 313 médecins à deux actions et 29 278 à deux actions sur deux typologies différentes.

⁴³ L'article R. 4021-5 du code de la santé publique prévoit qu' « [...] A l'issue de la période triennale, le professionnel de santé adresse à l'autorité chargée du contrôle de son obligation de développement professionnel continu la synthèse des actions réalisées. À tout moment, il peut lui être demandé d'attester de son engagement dans la démarche, selon des modalités fixées par l'autorité en charge du contrôle ».

Des limites dans les données disponibles, une probable sous-déclaration

La connaissance du niveau de l'engagement des médecins dans des actions de formation continue en général et de DPC en particulier reste conditionnée par le recensement et la traçabilité des actions suivies, et le fait qu'elles soient *in fine* portées à la connaissance de l'ordre.

L'obligation de DPC imposée aux médecins vise notamment à assurer cette connaissance, en demandant non seulement aux médecins de suivre des actions prévues dans un référentiel, mais également d'être en mesure d'en rendre compte, notamment dans un compte individuel DPC mis à sa disposition par l'ANDPC (document de traçabilité sur la plateforme *mondpc.fr*), ou à partir des systèmes développés par le Collège de médecine générale (*Archimede*) et par la Fédération des spécialités médicales (*Parcourspro.online*).

Les médecins qui suivent des actions de formation validantes au titre du DPC non portées à la connaissance de l'ordre, sont considérés comme ne respectant pas leur obligation DPC.

Le fait qu'un médecin ne retrace pas les formations qu'il suit ne signifie cependant pas qu'il ne se forme pas. Une sous-déclaration est en effet possible, en particulier pour certaines catégories de praticiens. La plupart de ceux qui exercent dans des établissements publics de santé n'ont pas de document de traçabilité ouvert sur la plateforme *mondpc.fr*, ou bien celui-ci est vide. Dans ce cas, il est impossible pour les pouvoirs publics de déterminer avec précision dans quelle mesure les médecins ne remplissant pas leur compte de traçabilité se forment ou non, et quels sont en particulier ceux qui sont éloignés de tout parcours de formation continue.

3 - Des données d'une qualité incertaine

Les données sur lesquelles l'ordre se fonde pour opérer son contrôle sont d'une qualité variable suivant les sources d'information.

La liste des médecins accrédités est communiquée par la Haute Autorité de santé et présente une qualité certaine, au regard de la démarche mise en œuvre.

En revanche, la qualité d'autres sources d'information est insuffisante.

Ainsi les attestations de conformité issues des documents de traçabilité *ad hoc* élaborés par la Fédération des spécialités médicales (FSM) et le Collège de la médecine générale (CMG) ne présentent pas toutes les garanties assurant leur qualité.

La FSM, dans son document de traçabilité, a mis en place un système déclaratif que le médecin complète, au sein duquel le dépôt de pièces justificatives n'est pas rendu obligatoire. Il peut en effet se contenter de joindre une attestation sur l'honneur de la réalisation des actions de formation qu'il a déclarées. Les pièces justificatives le cas échéant déposées ne sont pas vérifiées, la Fédération ayant retenu un système dit de « *contrôle automatique* » qui se limite en réalité à la génération d'une attestation de conformité lorsque le déclaratif du médecin correspond aux attendus de son CNP.

Le CMG impose pour sa part le dépôt de pièces justificatives au soutien de la déclaration du médecin. Cependant, ces documents ne sont pas contrôlés systématiquement, mais seulement aléatoirement. Les attestations de conformité sont ainsi automatiquement générées sur la base du déclaratif, avec un système comparable à celui de la Fédération. Les pièces justificatives ne sont en tout état de cause pas transmises à l'ordre.

Tableau n° 1 : contenu, contrôle et transmission des documents de traçabilité par différents organismes à l'ordre

	ANDPC	FSM	CMG
<i>Obligation de dépôt de pièces justificatives</i>	Oui	Non. Possibilité de dépôt de pièce justificative mais non obligatoire. En l'absence de dépôt de pièce justificative, attestation du l'honneur doit être fournie par le médecin.	Oui
<i>Contrôles opérés par les organismes</i>	Aucun contrôle opéré sur le déclaratif et les pièces déposées par le médecin (en dehors des contrôles concernant les actions de DPC prioritaires indemnisées par l'ANDPC, avant leur versement dans le document de traçabilité)	« Contrôle automatique » en fonction des éléments déclarés par le médecin et leur qualification par ce dernier. Il n'existe pas de contrôle des pièces justificatives déposées le cas échéant.	« Vérification quantitative » en fonction des éléments déclarés par le médecin et leur qualification par ce dernier. S'agissant du contrôle des informations déclarées par le médecin et des éventuelles pièces justificatives, « vérification qualitative » par tirage au sort avec contrôle des pièces justificatives qui ont été transmises par le médecin.
<i>Pièces justificatives transmises à l'ordre</i>	Oui	Non	Non
<i>Informations transmises à l'ordre</i>	Contenu du document de traçabilité et pièces justificatives associées.	Attestation de conformité produite par la FSM, retraçant le déclaratif du médecin.	Attestation de conformité produite par le CMG, retraçant le déclaratif du médecin.

Source : réponses de l'ANDPC, de la FSM et du CMG aux questions de la Cour des comptes

Les modalités de contrôle des informations contenues dans les documents de traçabilité mettent en évidence une faible intensité de contrôle et accordent donc une place excessive au déclaratif par le médecin.

B - Une statistique totale peu significative

C'est sur le fondement des données agrégées par l'ordre qu'est appréciée la satisfaction de leur obligation de DPC par les médecins.

Le système d'information de l'ordre et l'obligation de DPC

L'ordre a fait évoluer son logiciel de gestion interne (*Ordinal*) afin d'intégrer et consolider les données relatives aux DPC. Il permet aux conseils départementaux de l'ordre de prendre connaissance des informations quant à l'engagement des médecins dans le DPC, selon un système simplifié dit de « feu tricolore » vert, orange et rouge.

Un médecin ayant validé son DPC sur le triennal bénéficie d'un « feu vert ». Il apparaît dans *Ordinal* avec la mention « validé »

Lorsque le médecin est engagé dans une démarche de DPC mais n'a pas validé entièrement son obligation de DPC, il lui est attribué un « feu orange ». Dans ce cas, il apparaît avec la mention « en cours » dans *Ordinal*.

Lorsqu'aucune activité de DPC n'a été signalée à l'ordre, que son document de traçabilité soit vide ou qu'aucun document de traçabilité ni d'information n'ait été transmis à l'ordre, le médecin se voit attribuer un « feu rouge ». Il apparaît alors dans *Ordinal* avec la mention « à effectuer ».

1 - Une obligation faiblement respectée au regard des données disponibles

Sur la base des données consolidées du Cnom, pour le triennal 2020-2022, 14,4 % des médecins ont validé leur obligation de DPC (« feu vert »). En outre, une minorité de médecins s'est engagée dans une démarche de DPC (12,3 %), en réalisant une ou plusieurs actions sans satisfaire entièrement leur obligation (« feu orange »).

Près des trois quarts des médecins (73,3 %) ne sont pas, à la connaissance de l'ordre, engagés dans une démarche de DPC (« feu rouge »). Cette appréciation peut recouvrir des situations différentes. Ainsi, soit le médecin n'a réalisé aucune action de formation, soit les actions réalisées par le médecin ne sont pas reconnues au titre du DPC, soit l'ordre n'a été destinataire d'aucune information concernant le médecin.

Tableau n° 2 : satisfaction de l'obligation de DPC par les médecins (triennal 2020-2022)

	Validation de l'obligation de DPC (« feu vert »)	Engagement dans une démarche de DPC, mais non complète (« feu orange »)	Non engagé dans une démarche de DPC (« feu rouge »)	Total*
Nombre de médecins	31 440	26 729	159 865	218 034
% du total	14,4 %	12,3 %	73,3 %	100 %

Source : données Cnom.

* L'ordre précise que le nombre de médecins actifs au 1er janvier 2023, à l'issue du triennal 2020-2022, était de 231 735 (hors COM et liste spéciale). Cependant, lorsque l'inscription d'un médecin est postérieure à la moitié du triennal (soit, pour le triennal 2020-2022, après le 30 juin 2021), il est par défaut considéré comme « non concerné » par l'obligation de DPC. Sont néanmoins comptabilisés les médecins qui ont, malgré une inscription tardive, satisfait les critères de validation du DPC avant la fin de la période (375 médecins, intégrés dans la catégorie « feu vert »).

Parmi les médecins ayant satisfait à leur obligation de DPC, une majorité valide cette démarche par la voie du développement professionnel continu « parcours libre » ou « référentiel CNP ». Sur la base des données disponibles, il n'est pas possible de déterminer la part des médecins ayant validé leur obligation de DPC par la voie du parcours libre par rapport

à ceux ayant privilégié la validation par la voie du parcours de DPC établi par le référentiel de leur CNP⁴⁴. Seule une minorité de médecins (7 624, soit 24 % des praticiens ayant validé leur parcours sur le triennal 2020-2022) a satisfait à son obligation de DPC par la voie de l'accréditation HAS.

2 - Des écarts importants selon les modes d'exercice, accréditant l'hypothèse d'une sous-déclaration

Le taux de validation de l'obligation de DPC diffère fortement selon les modes d'exercice des médecins. Les professionnels libéraux sont ainsi plus nombreux à attester de la validation de leur obligation (26,3 %) que les praticiens salariés non hospitaliers (3,2 %) ou les médecins hospitaliers (2,6 %), pour lesquels les chiffres sont particulièrement faibles⁴⁵.

Ces écarts peuvent en premier lieu s'expliquer par le fait que les professionnels libéraux, dont les actions de formation peuvent être prises en charge par l'ANDPC, bénéficient de la retranscription automatique de ces informations dans le document de traçabilité que l'ANDPC transmet ensuite à l'ordre. À l'inverse, les actions de formation des médecins salariés hospitaliers ou du secteur privé⁴⁶, prises en charge ou organisées par leurs employeurs, ne sont pas déclarées automatiquement dans le document de traçabilité ou transmis par un autre moyen à l'ordre. Pour être valorisées, ces actions de formation supposent alors une démarche déclarative par les médecins, dans laquelle ils sont peu engagés. En 2023, selon les données de l'ANDPC, moins de 11 000 médecins salariés avaient un document de traçabilité ouvert sur la plateforme *mondpc.fr* (contre 78 735 libéraux).

Ces constats accréditent l'hypothèse d'une sous déclaration importante (ainsi qu'évoquée *supra* au point II.A.2), par les médecins hospitaliers et du secteur privé, des actions de formation qu'ils réalisent.

3 - De fortes variations entre spécialités, régions et classes d'âge

Parmi 54 spécialités médicales et chirurgicales⁴⁷ contrôlées par le Conseil national de l'ordre des médecins (Cnom), 34 ont un taux de satisfaction du DPC inférieur à 10 %. Pour certaines d'entre elles, les données de l'ordre montrent qu'aucun médecin n'a attesté d'une validation de son obligation de DPC.

Les explications de ces différences sont multiples. Parmi les spécialités dont le taux de validation est le plus faible figurent des disciplines majoritairement, voire exclusivement exercées dans le cadre hospitalier. À l'inverse, certaines des spécialités validant davantage leur DPC figurent parmi celles dites à risques (c'est-à-dire, pouvant être validées par le biais de

⁴⁴ L'ordre précise seulement que 659 médecins ont produit une attestation de conformité *via* la FSM (SI *parcourspro.online*) et 142 une attestation de conformité par le canal du CMG (SI *Archimede*).

⁴⁵ Données Cnom.

⁴⁶ À l'exception des salariés des centres de santé conventionnés, dont les formations peuvent être prises en charge par l'ANDPC.

⁴⁷ Le Cnom comptabilise 54 différentes spécialités dans le comptage qu'il opère des spécialités médicales, ce qui est plus large que les 44 diplômes d'études spécialisées (DES) que peuvent acquérir les médecins à l'issue de leur troisième cycle.

l'accréditation et des données transmises par la Haute autorité de santé) ainsi qu'en libéral (médecine générale).

On constate également d'importantes variations régionales. Une fois exclues les valeurs extrêmes (taux de satisfaction de 3,4% à Mayotte), la satisfaction de leur obligation de formation continue par les médecins varie de 7,5 % de la population des médecins actifs dans le Jura à 26,5 % en Haute-Corse. Ces disparités sont parfois surprenantes. Certains territoires ruraux, où l'offre de formation présentielle est la moins accessible, présentent ainsi certains des meilleurs taux de satisfaction au DPC.

Si la part de médecins satisfaisant à leur obligation de DPC varie selon la tranche d'âge, cette part est plus faible pour les plus de 65 ans (12,2% pour les 65-69 ans ; 9,8% pour les 70 ans et plus). Ces faibles niveaux sont d'autant plus préoccupants qu'ils concernent les professionnels les plus éloignés de leur formation initiale.

III - Des causes multiples au manque d'adhésion des professionnels

Le faible taux de médecins respectant leurs obligations de formation peut s'expliquer par la complexité et l'inadaptation du régime ressenties par les médecins à l'égard du dispositif de formation, et par un contrôle insatisfaisant du respect de cette obligation confié à l'ordre des médecins.

A - Un régime ressenti comme complexe et inadapté

Selon les professionnels, le dispositif de formation mis en place serait trop restrictif et ne serait pas adapté à la réalité de l'exercice professionnel.

1 - Un caractère trop restrictif reproché au cadre applicable

Une large palette d'actions est susceptible d'être menée par les médecins au titre de leur formation continue. Ce constat, souligné de longue date par la profession⁴⁸ a été rappelé plus récemment à l'occasion d'une enquête réalisée en mars 2020 par le Conseil national de l'ordre des médecins, la Conférence des doyens de facultés de médecine et la Fédération des Spécialités Médicales.

Or, le régime du DPC met l'accent sur la seule réalisation d'actions de formation conformes aux orientations prioritaires pluriannuelles, les rendant obligatoires dans le cadre d'un parcours libre, tandis que les parcours de DPC établis par les CNP proposent « *notamment* » des actions conformes aux orientations prioritaires⁴⁹.

⁴⁸ En 2005, lors d'une enquête réalisée par le Conseil national de la formation médicale continue, les médecins avaient été sollicités pour rendre compte des actions auxquelles ils participaient. Ces actions avaient été regroupées autour de la typologie suivante : les congrès, les séances et séminaires, les groupes d'études, la participation à des recherches cliniques, la participation à des staffs, les formations organisées par l'établissement de santé via la commission médicale d'établissement, l'animation de formation continue ou la participation à une mission d'enseignement, les lectures d'articles ou de livres scientifiques, de vulgarisation ou d'information générale, et les consultations et formations par internet.

⁴⁹ Article L. 4021-3 du code de la santé publique, premier alinéa.

Pour nombre de médecins, la totalité de ces activités contribue cependant à la formation continue tout au long de la carrière, et non les seules actions estampillées DPC. Il faudrait donc les prendre davantage en considération et les valoriser dans leurs parcours individuels de développement professionnel continu.

Également, pour l'Association nationale pour la formation permanente du personnel hospitalier (ANFH) et l'Opcos Santé, organismes paritaires collecteurs des fonds de formation des professionnels des établissements publics et privés⁵⁰, la formation continue fait partie du DPC. L'enveloppe budgétaire relative au DPC devrait être étendue à toutes les actions de formation, que celles-ci s'inscrivent ou non dans le cadre d'orientations prioritaires.

2 - Un manque d'adéquation avec la réalité de l'exercice professionnel

Une autre critique adressée par les professionnels au DPC vise l'inadéquation entre d'une part, la réalité de l'exercice d'un praticien, et d'autre part, les actions de formation qu'il doit suivre, notamment lorsque le médecin exerce plusieurs spécialités ou qu'il en pratique une à temps plein qui est différente de celle pour laquelle il s'est inscrit à l'ordre.

Selon certains acteurs, comme l'association nationale pour la formation permanente du personnel hospitalier, les actions du DPC prioritaire ne seraient pas adaptées aux pratiques professionnelles des médecins hospitaliers, en ce qu'elles valoriseraient faiblement une démarche pluridisciplinaire.

De même, certaines actions du DPC prioritaire pouvant faire l'objet d'une indemnisation par l'ANDPC sont limitées à un public restreint, alors que ces actions sont susceptibles d'intéresser des médecins issus de plusieurs spécialités. Par exemple, l'action de DPC « *Découverte d'une fibrillation atriale aux urgences* » n'est accessible qu'aux médecins spécialisés en médecine d'urgence, tout comme la formation « *Amélioration de l'évaluation, du traitement et de la prise en charge de la douleur en médecine d'urgence* », alors que ces formations sont susceptibles d'intéresser des praticiens qualifiés en médecine générale exerçant dans le service d'urgence d'un établissement de santé.

Pour l'ANDPC, « *un médecin n'est inscrit au tableau de l'ordre que dans une seule spécialité d'exercice et ne peut légalement exercer que dans cette spécialité* ». Par ailleurs, des dérogations ont été accordées dans le cadre des conventions signées avec l'Association nationale pour la formation permanente du personnel hospitalier et l'Opcos Santé, pour reconnaître la situation particulière des « *médecins généralistes aux urgences et en gériatrie* ». De même, certaines « *actions collectives d'équipes* » sont prévues dans les orientations prioritaires et sont proposées dans le cadre du DPC prioritaire. Enfin, « *l'impossibilité d'inscrire certaines spécialités à des actions de DPC* » est justifiée par l'ANDPC en raison des caractéristiques d'enregistrement des organismes de développement professionnel continu et de référencement des actions proposées (pour certaines spécialités uniquement).

Pour autant, ces reproches restent encore fréquemment formulés par les professionnels et par leurs représentants comme un facteur d'absence d'attractivité du DPC prioritaire, qui ne correspondrait ainsi pas à la réalité de l'exercice de nombreux praticiens. Ainsi, comme le souligne la

⁵⁰ La gestion et le financement du DPC des professionnels salariés est assurée par l'employeur, public ou privé, qui peut se libérer totalement ou partiellement de cette obligation auprès d'un opérateur de compétences (Opcos). L'association nationale pour la formation permanente du personnel hospitalier (ANFH) intervient ainsi à l'appui des établissements de santé et médico-sociaux publics, et l'Opcos Santé, association sous tutelle du ministère chargé du travail, dans le champ des structures privées.

présidente du Conseil national de la certification périodique, des pneumologues exerçant en réanimation médicale ne peuvent accéder au référentiel de réanimation. De même, le choix du référentiel de médecine légale et d'expertise est impossible pour un médecin d'une autre spécialité (par exemple, un cardiologue ou un neurologue) assurant des missions d'expertise.

Il serait donc utile d'autoriser la validation de l'obligation de formation continue d'un praticien ayant suivi des formations correspondant à une spécialité d'exercice différente de sa spécialité d'inscription à l'ordre, dès lors qu'il disposerait des compétences et des diplômes nécessaires. Cette évolution, souhaitée de nombreux professionnels et leurs représentants, fait aujourd'hui l'objet d'une réflexion au niveau de l'ordre des médecins.

B - Un contrôle insatisfaisant par l'ordre des médecins

Le contrôle du respect de l'obligation de développement professionnel continu est confié à des acteurs – l'ordre professionnel, l'employeur ou une agence régionale de santé – qui diffèrent selon la profession de santé et le mode d'exercice. S'agissant des médecins, ce contrôle est confié à l'ordre aux termes des dispositions combinées des articles L4021-5 et R4021-23 du code de la santé publique.

1 - Un contrôle identifié comme lacunaire de longue date

À plusieurs occasions, la Cour des comptes a souligné les carences de l'ordre dans la réalisation de sa mission. Dans son rapport public annuel 2021, dans un chapitre consacré aux ordres des professions de santé et à la sécurité des patients, la Cour des comptes a constaté « *un bilan en demi-teinte du contrôle des capacités professionnelles et du respect de la déontologie* ». Elle a regretté « *un contrôle peu répandu de l'actualisation des compétences* », dont elle a rappelé qu'il revient aux ordres professionnels le soin d'en contrôler le respect au moyen de l'obligation de formation. Dans le rapport public thématique consacré à l'ordre des médecins publié en décembre 2019, la Cour a déploré « *l'absence de contrôle de l'actualisation des compétences des médecins* », indiquant que « *l'ordre a largement délaissé cette mission et n'a déployé aucun outil dans les conseils départementaux pour l'assurer* ». Malgré ces insuffisances, la Cour a souligné que l'ordre a « *été très proactif sur les projets de recertification périodique des médecins, pour lequel il entend jouer un rôle prépondérant de suivi et de contrôle, rôle qu'il peine pourtant à assumer s'agissant du DPC* ».

Suite à ces observations, l'ordre a entrepris de faire évoluer ses façons de faire afin de mieux exercer son obligation de contrôle. Dans un rapport de suivi des recommandations⁵¹, la Cour a souligné les progrès ainsi accomplis, en relevant notamment l'accord passé en 2021 entre l'ordre et l'ANDPC prévoyant que sont mis annuellement à disposition de celui-là, les documents de traçabilité des médecins. Ce document précise également que l'ordre, responsable du respect de cette obligation de formation, est en droit d'exercer son contrôle. La Cour a, en outre, souligné que le Cnom a adopté en juin 2022 un rapport prévoyant les modalités selon lesquelles l'ordre participera à la certification des praticiens et pourra les rappeler à leurs obligations de développement professionnel continu avec des outils informatiques adaptés.

⁵¹ Cour des comptes, *Rapport annuel sur le suivi des recommandations des juridictions financières*, juin 2023.

2 - Une conception encore insuffisamment exigeante de son rôle par l'ordre

Le contrôle de l'obligation de DPC des médecins est confié à l'ordre aux termes du code de la santé publique⁵². Les modalités de mise en œuvre, par l'ordre, de sa mission de contrôle de l'obligation de développement professionnel continu présentent des insuffisances importantes.

Pour exercer cette mission, l'ordre doit examiner attentivement les informations qui lui parviennent et les pièces qui les justifient. Les modalités précises de ce contrôle ne sont pas détaillées dans le code de la santé publique mais le fait de contrôler suppose des opérations qui visent à apprécier la régularité, la fiabilité, la validité et la qualité des informations communiquées ainsi que des pièces produites.

Or l'ordre ne procède à aucun contrôle des informations et pièces justificatives dont il est destinataire. Il se contente en effet de les réceptionner pour déterminer si un médecin remplit ou non son obligation de DPC.

Pour les attestations de conformité transmises par la FSM et le CMG, dont il est souligné *supra* que la qualité des informations est pourtant très incertaine, l'ordre estime que la réception d'une attestation de conformité vaut validation du DPC⁵³ pour le médecin concerné.

De surcroît, en se satisfaisant, comme rappelé *supra*, du transfert des attestations de conformité par les conseils nationaux professionnels (CNP), sans exiger la communication concomitante des éventuelles pièces justificatives, l'ordre n'est pas en mesure de contrôler par lui-même le respect de l'obligation de DPC. Il considère que ce contrôle relève des CNP. La délimitation de leurs contrôles respectifs pourrait utilement être mentionnée dans les conventions signées par l'Ordre avec la FSM et le CMG.

Par ailleurs, l'ordre refuse de prendre en compte certaines des informations déclarées par les médecins dans leur document de traçabilité de l'ANDPC. Il ne traite en effet pas les indications apportées directement par le praticien, ni les pièces justificatives qu'ils fournissent, au motif qu'elles ne seraient pas exploitables informatiquement. Pour qu'elles soient prises en compte, il impose, à tort, aux médecins de les faire valoir auprès de leur conseil national professionnel (CNP) de spécialité et d'obtenir une attestation de conformité. Le code de la santé publique⁵⁴ prévoit pourtant que le CNP ne peut produire une attestation dite de conformité que pour les médecins qui ont choisi de valider leur obligation de DPC en suivant le parcours recommandé par ledit CNP⁵⁵.

⁵² Les articles L. 4021-5 et R. 4021-23 du code de la santé publique disposent que « [...] Le contrôle du respect par les professionnels de santé de leur obligation de développement professionnel continu est réalisé par les instances ordinales [...] » et que « [...] Les professionnels de santé justifient de leur engagement dans une démarche de développement professionnel continu : 1° Pour les médecins [...] auprès du conseil compétent de l'ordre dont ils relèvent. [...] ».

⁵³ Document transmis par le Cnom à la Cour des comptes, *Règles de validation du DPC pour la période triennale 2020-2022*.

⁵⁴ L'article R. 4021-4 du code de la santé publique prévoit que le conseil national professionnel « atteste, à la demande du professionnel de santé, du parcours réalisé dans le cadre des actions qu'il a préconisées pour sa profession ou sa spécialité. ».

⁵⁵ Sauf dans l'hypothèse où les actions de formation réalisées par les médecins permettraient à la fois de satisfaire les obligations prévues par un parcours dit libre ainsi que le parcours de DPC établi par son CNP.

Pour le Conseil national de l'ordre des médecins, « aucune disposition législative ou réglementaire [n']étendrait le contrôle du respect de l'obligation de DPC, au contrôle de la réalité de la satisfaction du DPC par le médecin, ni au contrôle de la qualité des actions réalisées. »⁵⁶. Il n'aurait pas « la mission d'évaluer les actions, ni les moyens d'une évaluation scientifique ». Il ne partage pas « l'avis de la Cour des comptes s'agissant de son rôle tant sur la fixation des exigences de qualités aux interlocuteurs institutionnels que sur la stabilisation de l'organisation afin mettre en place les dispositifs du DPC et de la certification périodique ».

Cette interprétation des textes applicables par l'ordre des médecins n'est par correcte et ne permet pas qu'un contrôle adéquat soit exercé sur l'obligation de formation continue des médecins. Le législateur a assigné à l'ordre des médecins, comme aux six autres ordres professionnels, chacun pour ce qui le concerne, un rôle essentiel et pivot, au centre du contrôle du respect des obligations de développement professionnel continu, et de certification périodique. Il revient à l'ordre, s'il ne souhaite pas exercer pleinement ses attributions de contrôle, d'en déléguer une partie à d'autres acteurs (notamment les CNP), en s'assurant que le dispositif d'ensemble est suffisamment efficace. Cela suppose notamment de définir les termes de ces délégations et d'en s'assurer l'application.

3 - Des règles de validation du DPC internes à l'ordre contredisant les textes

Dans le cadre de son processus de contrôle de l'obligation de DPC sur le triennal 2020-2022, l'ordre a accepté de valider l'obligation de DPC d'un médecin ayant effectué deux actions de DPC ou plus dans un seul type d'action de formation⁵⁷, lorsque l'intéressé a fait le choix de valider son obligation de DPC par un parcours dit « libre ».

Or, les textes exigent pour la validation d'un tel parcours que le médecin soit engagé dans « au moins deux de ces trois types d'actions »⁵⁸.

L'ordre a admis, dans le cadre de la présente enquête et de ses échanges avec la Cour, l'écart de cette règle interne par rapport au cadre applicable, justifié par une volonté de souplesse pendant la période épidémique.

Après prise en compte, par l'ordre, de la règle prévue par le code de la santé publique, le taux de validation de DPC au cours du triennal 2020-2022 est significativement modifié. Le taux de médecins ayant validé leur obligation de DPC n'est plus que de 14,4 % (31 440 médecins, cf. tableau n° 2 *supra*) contre 22 % (48 407 médecins) avant retraitement et application du cadre réglementaire en vigueur.

⁵⁶ Cnom, courrier relatif au relevé d'observations provisoires de la Cour des comptes, 11 juillet 2024.

⁵⁷ Dans le document transmis par le Conseil national de l'ordre des médecins à la Cour des comptes, *Règles de validation du DPC pour la période triennale 2020-2022*, l'ordre indique « valider également l'obligation de DPC d'un médecin ayant effectué deux actions ou plus dans un seul type d'action. Règle : Tout médecin ayant effectué au moins deux actions de DPC indemnisées valide son DPC pour la période triennale dans laquelle cette action est listée par l'ANDPC ».

⁵⁸ Article R. 4021-4 du code de la santé publique.

4 - Une absence de sanction

Le contrôle du respect de l'obligation de DPC, ainsi que la sanction de la méconnaissance de cette obligation déontologique, relèvent de l'ordre.

Ce manque de contrôle de l'ordre des médecins n'est pas nouveau⁵⁹. Sur le plan disciplinaire, aucune sanction n'a été infligée au titre de l'absence de validation d'obligation de formation continue par un médecin.

L'ordre n'a recommandé que très rarement, et seulement de façon subsidiaire, la réalisation d'actions de DPC à des médecins poursuivis pour des manquements avérés dans leurs pratiques. Au cours de ces dernières années, deux décisions ont été rendues au sein de la formation restreinte du Conseil national de l'ordre des médecins, par lesquelles l'ordre a subordonné la reprise de l'activité professionnelle de médecins, suspendus de leur droit d'exercer, à la réalisation de telles actions.

L'ordre doit faire évoluer ses modalités d'instruction, pour y intégrer une analyse systématique du respect ou non de l'obligation de DPC. L'absence du respect de l'obligation de DPC pourrait constituer un facteur aggravant, retenu pour déterminer le niveau de la sanction.

5 - Une attitude insuffisamment incitative auprès des médecins

Bien que la grande majorité des médecins n'effectuent et ne déclarent pas leur obligation de développement professionnel continu, l'ordre n'a pas mené d'actions suffisantes de communication et de sensibilisation.

Il s'est contenté d'initiatives ponctuelles, de portée générale, à l'instar de circulaires transmises par le Conseil national aux conseils départementaux de l'ordre des médecins (CDOM), d'autres articles ou documents internes, réalisés pour la plupart avant la fin du triennal 2020-2022. Le Conseil national fait valoir qu'il a adressé un courrier à l'ensemble des médecins le 16 avril 2021, action qui, sans être suffisante, aurait pu opportunément être reconduite.

Enfin, aucune action de communication individuelle n'a été conduite auprès des médecins qui ne respectent pas leur obligation légale et déontologique de formation ou qui n'en rendent pas compte. Les résultats médiocres du triennal 2020-2022 constituaient pourtant une opportunité de se rapprocher des médecins n'ayant pas satisfait à leur obligation, afin de les rappeler à cette dernière dans la perspective du triennal 2023-2025.

Le Conseil national de l'ordre des médecins fait valoir qu'il a, dans le cadre de son organisation interne et depuis juin 2024, validé la création de « *commissions de DPC et de la certification périodique* »⁶⁰ au sein de chaque conseil départemental.

Ces mesures restent pour autant tardives et insuffisantes. Il est nécessaire de mener plus fréquemment des actions de communication de portée générale et de les compléter par des

⁵⁹ Cf. Rapport public annuel 2021 – Tome II - *Les ordres des professions de santé et la sécurité des patients*.

⁶⁰ Cnom, courrier relatif au relevé d'observations provisoires de la Cour des comptes, 11 juillet 2024.

actions ciblées et personnalisées à destination des médecins qui ne respectent pas leurs obligations de formation continue.

CONCLUSION

Alors que les réformes de la formation continue des médecins se sont succédées depuis près de 20 ans, la satisfaction de leur obligation de développement professionnel continu, établie à partir de données partielles et d'une qualité incertaine, sur lesquelles peu de contrôles sont réalisés, n'est attestée que par une minorité d'entre eux.

Le faible taux de médecins satisfaisant à leurs obligations légales de formation peut s'expliquer par une offre qui ne correspond que partiellement à leurs besoins et à leurs pratiques, ainsi que par une organisation perçue comme complexe. L'absence de délimitation, par les pouvoirs publics, de la nouvelle obligation de certification périodique entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2023, , est venue renforcer ce sentiment. En tout état de cause, ce manque d'implication n'est pas compensé par un engagement suffisant de l'ordre des médecins dans la sensibilisation des praticiens au respect de leur obligation et dans son contrôle.

Chapitre II

Une nouvelle obligation de certification périodique à définir

Alors que la proportion de médecins respectant leurs obligations de développement professionnel continu est déjà faible, une nouvelle obligation de certification périodique est entrée en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2023.

La certification périodique

La certification périodique, instaurée par l'ordonnance du 19 juillet 2021, est un nouveau dispositif d'entretien et de validation régulière des compétences et connaissances des professionnels de santé. Cette nouvelle obligation se rajoute à celle du développement professionnel continu.

La certification périodique est obligatoire pour les professionnels de santé à ordre : les médecins, les chirurgiens-dentistes, les sages-femmes, les pharmaciens, les infirmiers, les masseurs-kinésithérapeutes et les pédicures-podologues.

Les professionnels de santé doivent établir, au cours d'une période de six ans, avoir réalisé un programme minimal d'actions, visant à :

- actualiser leurs connaissances et leurs compétences ;
- renforcer la qualité de leurs pratiques professionnelles ;
- améliorer la relation avec leurs patients ;
- mieux prendre en compte leur santé personnelle.

Cette première période passe à neuf ans pour les professionnels déjà en exercice, au 1^{er} janvier 2023.

L'instauration de cette nouvelle obligation est de nature à introduire de nouvelles incertitudes, puisque ses contours ne sont toujours pas connus, faute de publication des textes d'application.

Il importe de saisir cette occasion pour simplifier les obligations de formation continue imposées aux médecins, en ne conservant que l'obligation de certification périodique et en simplifiant les modalités de mise en œuvre, de contrôle et d'évaluation. Cela devrait contribuer à faciliter leur adhésion au dispositif, tout en améliorant la qualité et la sécurité des soins prodigués aux patients.

I - Simplifier les obligations des médecins en ne maintenant que la certification périodique

Les travaux actuellement en cours visant à préciser les modalités d'application de la nouvelle obligation de certification périodique constituent autant d'occasions pour clarifier les obligations imposées aux médecins et pour répondre à leurs interrogations.

A - Une nouvelle obligation de certification périodique dont les contours tardent à être définis

Plus de trois ans après la publication de l'ordonnance du 19 juillet 2021 mettant en place la certification périodique, les contours de cette obligation n'ont toujours pas été précisés, malgré la publication de trois premiers décrets d'application⁶¹.

Alors que cette nouvelle obligation est entrée en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2023, les médecins ne savent toujours pas comment la respecter.

1 - Une interruption préjudiciable des travaux préparatoires

La préparation des décrets d'application est assurée par le ministère de la santé, et plus particulièrement par la direction générale de l'offre de soins, qui mène la concertation avec de nombreux acteurs. Les sept ordres professionnels concernés par la certification périodique ont été désignés pour en contrôler le respect⁶². La Haute Autorité de santé propose une méthode d'élaboration des référentiels correspondants⁶³. Les conseils nationaux professionnels compétents, près d'une soixantaine pour les sept professions, dont 48 pour les médecins, proposent des projets de référentiels pour chacune des professions et des spécialités médicales, qui sont arrêtés par le ministre chargé de la santé. L'Agence du numérique en santé a été désignée pour gérer les comptes individuels de la certification périodique des professions de santé.

Schéma n° 4 : les acteurs de la certification périodique



Source : création Cour des comptes.

⁶¹ Dont le décret n° 2024-258 du 22 mars 2024.

⁶² Cf. l'article L. 4022-9 du code de la santé publique.

⁶³ Cf. l'article L. 4022-8 du code de la santé publique.

Créé par l'ordonnance du 19 juillet 2021, le Conseil national de la certification périodique (CNCP) est chargé de définir la stratégie, la promotion, le déploiement ainsi que les orientations scientifiques de la certification périodique.

Le Conseil national de la certification périodique (CNDP)

Ce conseil est présidé par une personnalité qualifiée, désignée conjointement par les ministres chargés de la santé et de l'enseignement supérieur.

Il est composé d'une instance collégiale réunissant 26 membres titulaires et de sept commissions professionnelles.

Au sein du CNCP sont représentés tous les acteurs de la certification : les sept ordres professionnels, les conseils nationaux professionnels, les organisations syndicales, les représentants des patients et des usagers et les représentants des fédérations hospitalières

Une fois son président désigné, en décembre 2021⁶⁴, et les membres titulaires et suppléants de l'instance collégiale nommés⁶⁵, le CNCP s'est réuni à quatre reprises, entre la séance inaugurale du 27 octobre 2022 et la dernière séance connue au moment de la réalisation de l'enquête dont est issu le présent rapport, le 9 mars 2023.

Durant cette période, deux avis ont été rendus. Le premier, adopté le 23 février 2023, porte sur les liens d'intérêt au sein de l'instance collégiale et des commissions professionnelles. Le second, pris le 9 mars 2023, concerne les orientations scientifiques permettant de donner un cadre stratégique aux référentiels de certification et garantit la qualité des actions et la pertinence du programme minimal à mener⁶⁶.

Les travaux du CNCP ont été interrompus à partir du mois d'avril 2023 en raison du départ de son président, nommé président de la Haute Autorité de santé. Avec la nomination en mars 2024 de sa successeuse⁶⁷, les travaux devraient pouvoir reprendre.

En raison de l'interruption des séances de l'instance collégiale pendant une année complète et dans l'attente de la désignation de la composition des commissions professionnelles, des questions essentielles n'ont toujours pas été tranchées. Parmi les travaux attendus figurent la préparation des décrets d'application, mais également la validation des référentiels de certification proposés par les CNP.

Cette situation est d'autant plus regrettable que l'obligation de certification périodique est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2023, que les attentes des professionnels de santé sont nombreuses et légitimes, et que le développement du système d'information devant gérer la procédure, le « SI Certification », est dépendant de certains de ces choix.

⁶⁴ Arrêté du 10 décembre 2021 portant désignation du président du CNCP.

⁶⁵ Arrêté du 12 septembre 2022 fixant la composition du CNCP, modifié par l'arrêté du 10 décembre 2022.

⁶⁶ Cet avis s'inscrit dans le prolongement du guide pour la méthodologie d'élaboration des référentiels de certification, défini par arrêté ministériel du 20 décembre 2022, sur proposition de la Haute Autorité de santé, qui développe notamment les critères de qualité visant les organismes de formation, les supports et les intervenants, ainsi que les actions valant actions de certification périodique.

⁶⁷ Arrêté du 8 mars 2024 portant désignation de la présidente du CNCP.

2 - La publication attendue des décrets d'application

L'ordonnance du 19 juillet 2021 relative à la certification périodique détermine les grands principes de cette nouvelle obligation imposée aux professionnels de santé à ordre, dont les médecins. Elle en précise les objectifs, le périmètre, la périodicité, la gouvernance, le pilotage et le contrôle.

Avant d'être définies par voie réglementaire, les modalités d'application de cette obligation nouvelle doivent faire l'objet d'une concertation avec l'ensemble des parties prenantes et des acteurs de la certification, notamment afin de préciser et de clarifier leurs rôles respectifs⁶⁸.

Les deux premiers décrets, publiés en mai et août 2022, ont porté uniquement sur des mesures d'organisation. Le premier décret a fixé la composition et le fonctionnement du CNC⁶⁹. Le second a désigné l'Agence nationale de santé en tant qu'autorité administrative chargée d'assurer la gestion des comptes individuels de la certification périodique des professions de santé⁷⁰.

Ce n'est que très récemment, plus d'un an et demi plus tard, en mars 2024, qu'un troisième décret d'application de l'ordonnance du 19 juillet 2021 a apporté des précisions essentielles pour la compréhension du périmètre de la certification périodique⁷¹. Il distingue en effet, parmi les professionnels de santé, ceux qui sont soumis à l'obligation de certification périodique et ceux qui peuvent bénéficier d'une exonération partielle. Il précise par ailleurs les modalités de détermination, de réalisation et de prise en compte des actions de certification que le professionnel de santé doit mener, ainsi que les conditions minimales de réalisation de ces actions. Il définit enfin la période de « *computation* », ou de calcul des délais nécessaires au respect de l'obligation, en distinguant les évolutions de situations professionnelles qui justifient des modalités particulières, au cours de la période susmentionnée de six ans⁷². Certaines dispositions introduites par ce décret soulèvent des interrogations portant sur l'identification des établissements susceptibles de dispenser ou d'accueillir des actions retenues dans le cadre d'un parcours de certification.

Deux autres décrets sont attendus et devraient permettre de clarifier certains points essentiels. L'un portera sur les modalités de contrôle de la certification périodique par les ordres professionnels et l'autre sur la gestion des comptes individuels de certification périodique.

⁶⁸ Notamment en ce qui concerne le rôle d'accompagnement des médecins, que souhaiteraient assurer les CNP, tout au long de la période de formation continue.

⁶⁹ Décret n° 2022-798 du 11 mai 2022.

⁷⁰ Décret n° 2022-1205 du 30 août 2022.

⁷¹ Décret n° 2024-258 du 22 mars 2024.

⁷² Par exemple, lorsqu'un médecin interrompt son activité pour une période cumulée de plus de trois ans, il est mis fin à la période de certification ; lorsqu'un médecin change de spécialité pendant la période de certification, il met en œuvre les actions restant à réaliser en tenant compte du référentiel de sa nouvelle spécialité.

3 - Un récent décret d'application qui soulève quelques interrogations

Le récent décret du 22 mars 2024 susmentionné a introduit un nouvel article R. 4022-11 dans le code de la santé publique. Cet article établit la liste des établissements et des organismes qui peuvent dispenser les actions définies dans les référentiels de certification⁷³. La rédaction retenue soulève toutefois des interrogations portant, d'une part, sur le niveau des exigences attendues de ces établissements et, d'autre part, sur l'absence de mention de certains d'entre eux dans cette liste.

a) La cohabitation entre des établissements qui présentent des garanties de qualité et d'indépendance de niveaux différents

Le nouvel article R. 4022-11 du code de la santé publique place sur le même niveau des établissements qui présentent des garanties de qualité et d'indépendance de niveaux différents, à l'égard desquels les exigences de qualité administrative, scientifique et pédagogique ne sont pas comparables.

Les établissements publics à caractère scientifique, culturel et professionnel sont des établissements nationaux d'enseignement supérieur et de recherche soumis à des règles très strictes. Le code de l'éducation⁷⁴ encadre leur création, leur gouvernance, leur responsabilité et les contrôles auxquels ils sont soumis.

Les organismes ou les structures qui ont été habilités par l'ANDPC à présenter des actions ou des programmes de développement professionnel continu satisfont à des critères d'enregistrement fixés dans un arrêté ministériel pour démontrer leur aptitude à les réaliser dans des conditions satisfaisantes⁷⁵.

En revanche, les organismes mentionnés au 1° de cet article sont les « *organismes de formation mentionnés par l'article L. 6351-1 A du code du travail* ». Ils ont été autorisés à dispenser des actions de formation uniquement après avoir déposé auprès de l'autorité administrative une déclaration d'activité. Celle-ci ne comprend que les informations administratives d'identification du déclarant et les éléments descriptifs de son activité. Aux termes du nouvel article R. 4022-11 du code de la santé publique, ces organismes n'ont pas l'obligation de disposer d'une certification qualité particulière, notamment de la certification

⁷³ Art. R. 4022-11. – « *Les actions définies dans les référentiels de certification périodique sont dispensées par :*
1° - *Les organismes de formation mentionnés par l'article L. 6351-1 A du code du travail ;*
2° - *Les organismes ou structures mentionnés par l'article L. 4021-7 du présent code ;*
3° - *Les établissements publics à caractère scientifique, culturel et professionnel ;*
4° - *Les structures chargées de la formation et de l'enseignement relevant du ministre des armées mentionnées par le décret n° 2008-429 du 2 mai 2008 relatif aux écoles et à la formation du service de santé des armées. »*

⁷⁴ Cf. les articles L. 711-1 et suivants.

⁷⁵ Cf. l'arrêté du 14 septembre 2016 relatif aux critères d'enregistrement des organismes ou structures qui souhaitent présenter des actions de développement professionnel continu auprès de l'Agence nationale du développement professionnel continu et à la composition du dossier de présentation des actions. Ces critères portent sur la validité du contenu scientifique des actions, la qualification des concepteurs des actions et des intervenants, les modalités d'évaluation des actions et de mise en œuvre d'une procédure d'amélioration de la qualité, la transparence des modalités de recours à des sous-traitants pour des activités pédagogiques, les ressources financières et dispositions garantissant l'indépendance de l'organisme ou de la structure et de ses éventuels sous-traitants notamment à l'égard des entreprises fabriquant ou distribuant des produits de santé et la politique de gestion des conflits d'intérêts.

« Qualiopi »⁷⁶. Dans ces conditions, un médecin peut faire valider des actions de formation dispensées par des organismes qui ne présentent aucune garantie de qualité déterminée.

La rédaction adoptée est moins exigeante que celle retenue pour le financement des actions de formation professionnelle de droit commun. En effet, l'article L. 6316-1 du code du travail⁷⁷ prévoit que des organismes réalisant des actions concourant au développement des compétences doivent obtenir une certification attribuée par un organisme tiers sur la base d'un référentiel national unique s'ils veulent bénéficier de fonds publics ou mutualisés.

La nouvelle obligation de certification périodique des médecins doit donc être assortie de garanties sur la qualité des organismes et des personnes qui dispensent des actions de formation, notamment d'un point de vue scientifique et pédagogique. Cette exigence doit être imposée dans une disposition *a minima* de niveau réglementaire, quitte à ce que ses critères précis soient précisés ensuite par arrêté ministériel.

La direction générale de l'organisation des soins envisage d'ajouter une disposition dans l'un des deux décrets en Conseil d'État en cours de préparation⁷⁸, pour réaffirmer cette exigence en visant l'ensemble des dispositions du code du travail à l'article R. 4022-11 du code de la santé publique.

b) L'absence de listes des établissements pouvant accueillir des actions collectives et des démarches interdisciplinaires

Le décret du 22 mars 2024 a également introduit dans le code de la santé publique un article R. 4022-10, qui étend le périmètre des actions pouvant s'inscrire dans le cadre des parcours de certification aux actions collectives et aux démarches interdisciplinaires auxquelles participent assez régulièrement les médecins hospitaliers et salariés⁷⁹. Ce nouvel article vise notamment la participation à une revue de morbidité et de mortalité, au cours de laquelle est menée une analyse collective, rétrospective et systémique de cas cliniques pour lesquels est survenu un événement indésirable associé aux soins (EIAS) ou toute complication inattendue qui a causé ou non un préjudice aux patients.

Il vise également des activités qui seraient menées dans le cadre de structures d'exercice coordonné. Or, celles d'entre elles qui se déploient depuis quelques années peuvent revêtir des

⁷⁶ La certification *Qualiopi* atteste de la qualité des prestations proposées par les organismes de formation sur la base du Référentiel National Qualité, appréciée au travers de la formalisation des processus et des moyens mis en œuvre.

⁷⁷ Cf. l'article 6 de la loi n° 2018-771 du 5 septembre 2018 pour la liberté de choisir son avenir professionnel. Cf. l'article L. 6316-1 du code du travail : « les prestataires (...) financés par un opérateur de compétences, (...), par l'État, par les régions, par la Caisse des dépôts et consignations, par l'opérateur France Travail ou par (...) sont certifiés sur la base de critères définis par décret en Conseil d'État ».

⁷⁸ Soit dans le décret portant sur « le contrôle » soit dans le décret portant sur la « gestion des comptes individuels ».

⁷⁹ Cf. l'article R. 4022-10 du code de la santé publique :

- « 3° Les actions menées dans le cadre de démarches collectives sur un territoire, telles que les protocoles de coopération mentionnés à l'article L. 4011-1 du présent code, dans un établissement de santé, un établissement médico-social ou une structure d'exercice coordonné ;

- « 4° Les actions développant des compétences transversales aux objectifs définis au I de l'article L. 4022-1 du présent code pour améliorer les parcours de santé ;

- « 5° Les actions permettant de développer une démarche interdisciplinaire des pratiques professionnelles et de garantir leur sécurité ;

- « 6° Toute autre action visant à développer la prévention en santé, à garantir les bonnes pratiques et concourant à la gestion des risques, qu'elle soit individuelle ou collective, pouvant être proposée par les structures d'exercice ».

formes diverses et être de tailles différentes. C'est le cas, par exemple, des équipes de soins primaires (ESP), des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), des maisons de santé pluriprofessionnelle ou des centres de santé (CDS). Cette disparité de structures milite pour que soient fixés des critères de taille minimale suffisante pour accueillir ces activités.

Ces démarches fondées sur le retour d'expérience, aussi qualifiées « d'apprentissage par l'erreur », constituent des outils d'amélioration des pratiques. Elles participent donc du maintien, voire de l'acquisition de compétences qui, obtenues de manière non culpabilisante, ont prouvé leur utilité et méritaient, à juste titre, d'être admises dans les référentiels de certification périodique.

Cette reconnaissance était, en outre, particulièrement attendue des médecins hospitaliers et salariés, puisqu'elle correspond à leurs pratiques professionnelles et permet de prendre en compte des actions qu'ils mènent fréquemment au sein de leurs établissements de santé.

Cependant, dès lors que l'article R. 4022-11 du code de la santé publique ne les mentionne pas expressément, les établissements qui accueillent ce type d'actions collectives et de démarches interdisciplinaires devront continuer à obtenir le label « organisme de DPC - ODPC », pour que leurs actions soient valablement reconnues.

La DGOS envisage d'ajouter une disposition dans l'un des deux décrets en Conseil d'État en cours de préparation⁸⁰ pour préciser les modalités de prise en compte de ces actions dans les référentiels de certification et leur valorisation dans les parcours individuels, sans que les structures les proposant se conforment aux exigences visées à l'article R. 4022-11 du code de la santé publique.

B - Une nouvelle obligation de certification périodique plus complète

Les obligations de développement professionnel continu et de certification périodique s'inscrivent toutes les deux dans la notion plus générale de formation continue des médecins. Elles visent à garantir la qualité et la sécurité des soins prodigués aux patients.

La suppression de l'obligation de DPC au profit du maintien de l'obligation de certification périodique s'impose pour plusieurs raisons. Avant tout, les objectifs de ces deux dispositifs sont les mêmes. Ensuite, l'obligation de certification périodique est plus récente et plus complète que celle de DPC. Enfin, le maintien de deux obligations simultanées et voisines peut, à l'évidence, contribuer à entretenir une grande complexité et se traduire par une confusion de décisions potentiellement contradictoires.

C'était d'ailleurs déjà la position que le Conseil d'État avait exprimée lors de l'examen de l'article du projet de loi autorisant le Gouvernement à créer une obligation de certification périodique des médecins par voie d'ordonnance⁸¹.

⁸⁰ Soit dans le décret portant sur « *le contrôle* » soit dans le décret portant sur la « *gestion des comptes individuels* ».

⁸¹ Cf. l'avis du Conseil d'État, adopté le 7 février 2019, sur l'article 3 initial du projet de loi relatif à l'organisation et à la transformation du système de santé, qui habilitait le Gouvernement à prendre par ordonnance des mesures relatives à la certification périodique des professionnels de santé à ordre, par lequel il a considéré que « *ce dispositif (la certification périodique), qui constitue une obligation professionnelle, a vocation à se substituer au développement professionnel continu des compétences* ».

1 - Des périmètres d'actions à unifier

Les deux obligations se distinguent l'une de l'autre par leur portée et par leurs objectifs.

Parmi les quatre blocs qui constituent la nouvelle obligation de certification, deux reprennent ceux du développement professionnel continu, à savoir l'actualisation des connaissances et des compétences et le renforcement de la qualité des pratiques professionnelles. Deux nouveaux blocs portent, d'une part, sur la relation entre le médecin et le patient et, d'autre part, sur la santé du médecin.

Par ailleurs, avec le nouveau bloc de la certification périodique portant sur l'amélioration de la relation avec les patients, les médecins devront suivre des formations ayant pour objectif l'évaluation, l'amélioration et l'optimisation de leurs relations avec les usagers et les patients.

Or, certaines formations retenues dans le cadre du DPC contribuent déjà à poursuivre cet objectif. C'est le cas, par exemple, comme leur titre l'indique, de la formation sur la « *Gestion pratique de la violence et de l'agressivité du patient et de son entourage* »⁸² ou de celle intitulée « *Informé le patient âgé sur la prévention de la iatrogénie médicamenteuse en envisageant la déprescription* »⁸³.

Si la mise en œuvre de la certification périodique devait se faire alors que l'obligation de développement professionnel continu était maintenue, il serait donc nécessaire de revoir le contenu de chacun des blocs. Le rattachement d'une action à des blocs différents suivant qu'elle relève de l'obligation de DPC ou de l'obligation de certification périodique serait un facteur de complexité qui semble difficile à justifier.

2 - Un risque de décisions contradictoires à éviter

Avec la cohabitation de ces deux dispositifs, les médecins doivent satisfaire concomitamment à leurs obligations de développement professionnel continu et de certification périodique. Ils doivent mener des actions reconnues dans les référentiels des deux dispositifs ou des actions distinctes reconnues seulement dans l'un des deux dispositifs.

Au terme des périodes de référence, deux décisions distinctes sont susceptibles d'être prises au même moment par l'ordre des médecins, portant respectivement sur le respect des obligations de DPC et de certification périodique. Ainsi, un médecin pourrait respecter son obligation de développement professionnel continu sans obtenir dans le même temps sa certification périodique, parce qu'il n'aurait pas suivi les actions attendues pour les blocs « *relations avec les patients* » et « *santé du professionnel* ». De même, il pourrait obtenir sa certification périodique sans avoir respecté son obligation de DPC, au titre des deux ou trois cycles triennaux correspondant à la période de référence.

Ces décisions contradictoires seraient difficiles à expliquer aux professionnels et à leurs patients. La perception des deux dispositifs s'en trouverait fragilisée avec, du côté des professionnels de santé, une remise en question de leur intérêt à y adhérer et, pour les patients, une confiance ébranlée. Après le succès très limité du développement professionnel continu, qui compte pourtant plusieurs années de mise en œuvre, c'est un risque qu'il n'est pas raisonnable de courir, sans compter l'absurdité administrative et les coûts inutiles que ce double système à la fois redondant et en partie contradictoire induirait.

⁸² Cf. la fiche action de DPC, référence n° 82142425006.

⁸³ Cf. la fiche action de DPC, référence n° 52492425051.

Les représentants des professionnels de santé ont d'ailleurs alerté, lors des réunions du CNCPC, sur ces difficultés⁸⁴. L'enjeu de simplification des obligations de formation continue ne se limite d'ailleurs pas aux seuls médecins, puisque les six autres professions à ordre se trouvent dans la même situation.

La fusion des dispositifs de formation continue relève du domaine de la loi. Pour la concrétiser, plusieurs dispositions législatives seraient nécessaires. La première consisterait à supprimer l'obligation triennale de DPC pour les médecins. L'ordre des médecins pourrait alors se concentrer sur le contrôle de la seule obligation de certification périodique. La deuxième pourrait acter la reconnaissance d'un seul document de traçabilité. Le document mis à la disposition des médecins par l'ANDPC pourrait être privilégié et son périmètre pourrait être étendu, afin qu'il couvre également les deux nouveaux blocs de la certification périodique. Enfin, une dernière disposition viserait à faire évoluer le périmètre de l'enveloppe financière du développement professionnel continu accordée aux médecins et à permettre le financement de ces nouvelles actions.

II - Harmoniser les référentiels de certification périodique

Pour les médecins, 48 référentiels de certification doivent être arrêtés par le ministre chargé de la santé : un par spécialité ou surspécialité⁸⁵, à partir du projet communiqué par chaque conseil national professionnel (CNP) et par la Fédération des spécialités médicales⁸⁶.

Ces projets de référentiels font actuellement l'objet de travaux d'harmonisation au sein du ministère. Au terme de cette étape, les niveaux d'exigence et de précision doivent être comparables entre les spécialités médicales.

Quelles que soient leurs spécialités, les médecins doivent être en mesure d'identifier les actions à mener pour satisfaire à leur obligation de certification périodique. Pour ce faire, des précisions suffisantes devront être apportées sur les volumes d'actions, sur leur durée et leur

⁸⁴ Ils ont demandé à ce que des précisions soient apportées et ont fait part de leurs propositions sur différents sujets de préoccupation, à savoir :

- la « reconnaissance mutuelle des formations DPC ou de certification en cas de coexistence des dispositifs DPC et certification périodique » ;
- la « nécessité de clarifier les deux dispositifs, pour ne pas superposer deux obligations pour les professionnels de santé », en envisageant la fusion des deux dispositifs ;
- la « possibilité de maintenir certaines actions DPC sous réserve qu'elles soient retenues pour les référentiels de certification » ;
- la révision des modalités d'« éligibilité des organismes de formation, qui constituent actuellement un des écueils du DPC » ;
- la nécessité de faire coïncider les périodes de validation des dispositifs DPC et de certification pour les rendre moins complexes, en allongeant la période DPC à six ans.

⁸⁵ À côté des 44 spécialités d'internat, les médecins intéressés par une compétence spécifique peuvent suivre un diplôme universitaire ou interuniversitaire, proposés par les facultés de médecine, portant sur une surspécialité.

⁸⁶ Les projets de référentiels de spécialité sont proposés par le CNP du Collège de médecine générale et par les 41 autres conseils nationaux professionnels de spécialité. Six projets sont également attendus pour des surspécialités fédérées au sein de la Fédération des spécialités médicales (notamment l'addictologie, la médecine du sport et la médecine palliative).

fréquence, ainsi que sur les justificatifs à produire pour attester de la simple participation des médecins à ces actions ou de leur réussite à des tests, voire à des examens⁸⁷.

A - Des disparités nombreuses et anciennes

Les travaux d'harmonisation des projets de référentiels offrent l'occasion d'éviter les insuffisances précédemment relevées dans les référentiels de développement professionnel continu et de contribuer à garantir la qualité de la traçabilité et du contrôle des actions retenues.

Ainsi, certains référentiels de DPC comportent des actions hétérogènes sans qu'elles soient appréciées différemment. À titre d'exemple, un diplôme d'université, dont le volume horaire et l'investissement demandé au médecin sont élevés, est souvent valorisé de la même façon qu'une action de formation unique dont la durée peut se limiter à quelques heures⁸⁸. Les référentiels ne précisent généralement pas non plus les exigences en matière de traçabilité des actions.

Seuls certains conseils nationaux professionnels évitent ces écueils en précisant, par exemple, un volume horaire à atteindre et en indiquant la nature de preuve exigée pour attester la réalisation de ces actions (CNP de santé publique⁸⁹).

Par ailleurs, la quasi-totalité des référentiels de développement professionnel continu des CNP font mention d'un « label CNP »⁹⁰. Selon la Fédération des spécialités médicales, cette notion répond à l'ambition d'introduire dans ces référentiels des actions pertinentes sur le plan de la formation des médecins, mais ne faisant pas l'objet d'une méthodologie reconnue par la Haute Autorité de santé. Il reste que ce label, qui ne fait pas l'objet d'une reconnaissance réglementaire ou institutionnelle, suscite des interrogations quant à son harmonisation entre les conseils nationaux professionnels, au regard des critères retenus, des modalités d'attribution et de la cohabitation avec le label « ODPC ».

B - Une méthode d'élaboration des référentiels trop générale

La méthode d'élaboration des référentiels de certification périodique a été arrêtée, le 20 décembre 2022, par le ministre chargé de la santé, sur proposition de la Haute Autorité de

⁸⁷ Par exemple pour des diplômes ou des capacités délivrées par des universités.

⁸⁸ Par exemple les référentiels du CNP d'urologie ou du CNP de vigilance et thérapeutique transfusionnelles tissulaires et cellulaires.

⁸⁹ Le CNP de santé publique précise, au titre des prérequis de validation les éléments suivants : « *L'investissement du praticien dans les actions de DPC est valorisé en temps (journées).*

Le parcours de DPC correspond à un investissement d'au moins 8 journées par an (soit 24 jours par 3 ans) et doit comporter :

- *Au moins 2 jours/an d'actions de formation (attestation de présence, comptes-rendus de réunion, rapports, publications ou communications).*

- *Au moins 2 jours/an d'actions d'évaluation des pratiques. Il est recommandé de participer à un dispositif d'évaluation des pratiques continu, inscrits dans la routine, défini par écrit (fiche descriptive, charte de fonctionnement) et faisant l'objet de comptes-rendus (comptes-rendus de réunion, rapports).*

- *Au moins une action répondant à une orientation nationale dans le cadre de la politique nationale de santé ou dans le cadre de la spécialité (cf. l'arrêté du 31 juillet 2019 définissant les orientations pluriannuelles prioritaires de développement professionnel continu) ».*

⁹⁰ Seuls les référentiels du CNP cardiovasculaire et du Collège de la médecine générale n'y font pas référence.

santé (HAS)⁹¹ et après un avis « *très favorable* » du Conseil national de la certification périodique⁹².

Cette méthode est commune aux sept professions de santé concernées par la certification périodique. Elle résulte de travaux réalisés en concertation avec les 60 conseils nationaux professionnels (CNP) et France Assos Santé⁹³. Elle précise les buts à atteindre pour chacun des blocs de certification. Elle expose également la démarche générale d'élaboration des référentiels de certification, qui vise à élargir la concertation au plus grand nombre de professionnels, en couvrant notamment tous les modes d'exercice. La définition de critères de qualité est recommandée en ce qui concerne les organismes de formation, les supports pédagogiques et les intervenants. Pour la rédaction des référentiels, un plan commun est retenu. Les référentiels de certification périodique proposés par les conseils nationaux professionnels doivent décrire les actions à conduire pour valider un parcours de certification⁹⁴.

Résultat d'un consensus avec les représentants des sept professions de santé à ordre, cette méthode est malheureusement restée trop générale. Les médecins devront attendre la finalisation d'une nouvelle étape des travaux préparatoires et la diffusion d'autres documents pour savoir si toutes les actions sont comparables, dans quelles conditions elles devront être menées, et pour quels volumes horaires.

C - Une publication prématurée de projets de référentiels aux contenus très hétérogènes

Alors que les référentiels doivent être arrêtés par le ministre chargé de la santé⁹⁵, certains CNP, comme ceux concernant la chirurgie orthopédique et traumatologique et la rhumatologie, en ont maladroitement publié des projets sur leurs sites internet. Ces initiatives sont prématurées puisqu'il s'agit de documents préparatoires qui n'ont pas encore été officialisés ; elles sont en outre de nature à semer la confusion dans l'esprit des professionnels, qui attendent des informations précises et définitives sur les actions qu'ils sont censés avoir commencé à mettre en œuvre depuis le 1^{er} janvier 2023.

Ces craintes sont confirmées à la lecture des projets de référentiels d'ores et déjà publiés par les CNP susmentionnés. Il en ressort en effet que les modalités proposées de mise en œuvre de la

⁹¹ Les missions de la HAS sont complétées par un alinéa dans le Code de la sécurité sociale (article L. 161-37) : « *Participer à la définition de la méthodologie d'élaboration des référentiels de certification périodique mentionnés à l'article L. 4022-7 du Code de la santé publique, ainsi que, à la demande du ministre chargé de la Santé, à leur élaboration. Un décret en Conseil d'État précise les conditions et les délais dans lesquels la Haute Autorité de santé réalise ces missions.* »

⁹² Cf. l'article L. 4022-8-I du code de la santé publique.

⁹³ France Assos Santé est le nom choisi par l'Union nationale des associations agréées d'usagers du système de santé afin de faire connaître son action comme organisation de référence pour représenter les patients et les usagers du système de santé et défendre leurs intérêts. Forte d'une mission officiellement reconnue par son inscription dans le code de la santé publique via la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, France Assos Santé a été créée en mars 2017 à l'initiative de 72 associations nationales fondatrices, en s'inscrivant dans la continuité d'une mobilisation de plus de 20 ans pour construire et faire reconnaître une représentation des usagers inter-associative forte. La volonté affichée est de « *permettre que s'exprime la vision des usagers sur les problématiques de santé qui les concernent au premier chef, par une voix puissante, audible et faisant la synthèse des différentes sensibilités afin de toujours viser au plus juste de l'intérêt commun* ».

⁹⁴ Cf. l'article L. 4022-7 du code de la santé publique.

⁹⁵ Cf. l'article L. 4022-8 II du code de la santé publique.

certification périodique sont assez différentes les unes des autres, plus précises, voire plus exigeantes dans certains cas.

Par exemple, le conseil national professionnel de la chirurgie orthopédique et traumatologique retient une valorisation en nombre de points de chaque type d'actions susceptibles d'être mises en œuvre. L'obligation imposée à chaque professionnel est de réaliser tous les ans un nombre suffisant d'actions pour atteindre 10 points. Le CNP fixe même la nature des éléments de preuve à produire⁹⁶.

De son côté, le conseil national professionnel de la rhumatologie demande à chaque rhumatologue d'effectuer trois actions distinctes, dans trois catégories différentes, sur une durée de trois ans.

Ces propositions de règles témoignent de niveaux d'exigence différents suivant les CNP, ce qui pourrait nuire à l'équité, d'autant que le non-respect de l'obligation de certification sera susceptible d'entraîner des sanctions disciplinaires.

Consciente de l'importance du travail d'harmonisation des référentiels à mener, un pôle institutionnel a été mis en place par la direction générale de l'organisation des soins pour assurer cette mission. Il a déjà élaboré une grille de lecture à laquelle les référentiels seront soumis pour veiller à l'harmonisation des critères et à la qualité des actions. Le pôle appréciera l'opportunité de proposer au ministre chargé de la santé de saisir la Haute Autorité de santé pour avis, comme le prévoit l'article L. 4022-7 du code de la santé publique.

Par ailleurs, l'harmonisation des référentiels et la pondération des actions qu'ils recouvrent sont inscrites dans les travaux à venir des commissions professionnelles et de l'instance collégiale du CNCP.

D - L'intérêt d'une pondération des actions

Pour faciliter la lisibilité et la comparabilité des référentiels, mais également pour renforcer la crédibilité du dispositif de formation continue, l'harmonisation des référentiels doit être l'occasion, pour le ministère chargé de la santé, et plus particulièrement pour la DGOS, de retenir le principe d'une pondération systématique des actions à mener, en fonction de leur durée, de leur fréquence ou de leur résultat.

Cela permettrait de définir un instrument de mesure commun, au travers d'un nombre de points à atteindre et d'une valeur pour chaque type d'actions, en fonction de leur portée et de leur contribution au renforcement attendu des connaissances et des pratiques des professionnels. Sur ce fondement, les conseils nationaux professionnels pourraient proposer non seulement des natures d'actions à mener, mais également des pondérations pour chaque action.

Un diplôme d'université pourrait ainsi être valorisé à hauteur d'un nombre de points plus élevé qu'une action de formation unique dont la durée peut se limiter à quelques heures, ou qu'un abonnement à une revue scientifique.

⁹⁶ Par exemple, la copie du diplôme, l'attestation du comité de lecture pour l'article, le résumé de la communication pour la présentation qui ne valide que pour l'orateur, l'attestation de participation pour les congrès, l'attestation du comité de lecture pour la relecture, l'attestation du responsable du *e-learning* pour le participant dans l'année du bilan, l'attestation de la faculté pour les cours dispensés dans l'année et les attestations de participations pour les *e-learning* et DPC.

La DGOS précise que, lors des travaux d'harmonisation des projets de référentiels de certification, « *une pondération pourrait en effet être intégrée pour permettre aux professionnels de santé de construire un programme de formation de qualité* ».

Ce principe de pondération a d'ores et déjà été retenu dans d'autres pays.

Quelques exemples de pondérations des actions à mener à l'étranger

Au Québec, une pondération en volume horaire

Tous les médecins inscrits au tableau de l'ordre à titre de membre actif doivent participer à un minimum de 250 heures d'activités de formation continue par période de référence de cinq ans, incluant :

- au moins 125 heures d'activités de développement professionnel reconnues ;
- au moins 10 heures d'activités d'évaluation de l'exercice reconnues ;
- 25 heures par année d'activités de formation continue reconnues.

En Allemagne, une pondération en points

L'obligation légale de formation continue des médecins allemands est précisée par les ordres des médecins de chaque *Land*, qui proposent des formations. Des points sont obtenus par les médecins qui participent à ces formations. Selon leur durée et leur thème, il est possible de d'acquérir pour chacune d'elles entre cinq et 28 points, sachant que les médecins en activité doivent obtenir un total de 250 points sur une période de cinq ans.

L'introduction d'une pondération des actions par points présenterait également l'intérêt de s'adapter à toutes les natures d'actions, notamment à celles qui peuvent difficilement être associées à un volume horaire, comme la publication d'articles dans des revues scientifiques.

Elle faciliterait également le traitement et le contrôle des comptes individuels. En effet, elle pourrait être facilement intégrée dans le système d'information, en cours de développement par l'Agence du numérique en santé (ANS), grâce à des règles de gestion et des contrôles embarqués.

III - Renforcer le contrôle de l'obligation de certification périodique

Aux termes de l'article L. 4022-9 du code de la santé publique, « *les ordres professionnels compétents contrôlent le respect par les professionnels de santé de leur obligation de certification périodique* ».

Le contrôle du respect de l'obligation de certification périodique des médecins relève de l'ordre des médecins. Il doit veiller à s'organiser en conséquence et doit contribuer à la définition des actions à mener pour permettre aux médecins d'être certifiés périodiquement, en faisant part de ses attentes en termes de nature, de quantité et de qualité des actions attendues.

Pour être en mesure d'assurer cette mission pour un nombre croissant de médecins, l'ordre peut s'appuyer sur une chaîne globale des contrôles réalisés par les financeurs de la formation continue (A). Outre sa participation à la rédaction des référentiels de certification, l'ordre doit profiter des travaux de développement du nouveau système d'information de certification périodique pour examiner dans quelle mesure cet outil peut inclure certains

contrôles et identifier les zones de risques sur lesquelles effectuer des vérifications plus approfondies (B).

A - S'appuyer sur une chaîne globale de contrôles

Pour assurer le contrôle de la qualité des données déclarées par les professionnels de santé afin de rendre compte du respect de leur obligation de certification, la chaîne de contrôles est globale. Elle fait intervenir l'ensemble des acteurs de la formation continue, sur lesquels l'ordre peut s'appuyer à condition que ces contrôles soient organisés et coordonnés.

1 - Des contrôles à organiser et à coordonner

Les modalités concrètes d'organisation des contrôles restent à définir. Il importe de clarifier la façon dont seront contrôlées les informations contenues dans les documents de traçabilité des médecins, en veillant à ce que ces contrôles soient le plus souvent automatisés, et appliqués en fonction d'une analyse des risques.

Suivant une vision globale de la mise en œuvre de la certification périodique, ces contrôles peuvent être menés en amont par les financeurs tels que l'ANDPC, les organismes paritaires collecteurs agréés⁹⁷, les opérateurs de compétences⁹⁸ et les employeurs. Les Conseils nationaux professionnels peuvent également contribuer à la fiabilisation de certaines des informations contenues dans les documents de traçabilité des médecins.

Réussir cette démarche suppose en revanche que les responsabilités de chacun soient bien définies, de même que le contenu et le partage des résultats des contrôles. Il ne faudrait pas se retrouver dans la même situation qu'actuellement, s'agissant de l'obligation de développement professionnel continu, où l'ordre s'appuie sur des « attestations de conformité » sans savoir précisément ce qui a été contrôlé par les conseils nationaux professionnels qui les délivrent.

L'homogénéisation de la régulation de l'offre de formation, examinée *infra* dans la troisième partie, contribuerait aussi à faciliter le contrôle des conditions de réalisation des actions de formation. Un agrément préalablement délivré à des organismes de formation procure des garanties concernant la qualité des actions menées, ce qui est de nature à alléger certains des contrôles attendus. À défaut d'agrément, les contrôles devraient également être menés sur le respect des exigences pédagogiques, scientifiques et de prévention des conflits d'intérêts.

Les décrets d'application de l'ordonnance du 19 juillet 2021, en cours de préparation, ont vocation à définir les principes généraux d'organisation des contrôles attendus des ordres professionnels, mais également des tiers qui pourraient contribuer à fiabiliser les données avant qu'elles ne soient transmises à ces derniers. Des dispositions doivent porter sur le contrôle de la qualité des données déclarées et des pièces justificatives produites, et sur les modalités de

⁹⁷ Dont l'ANFH.

⁹⁸ Pour chaque secteur d'activités économiques, un opérateur de compétence (Opc) est agréé par l'État pour assurer le financement de la formation professionnelle et apporter un appui aux branches professionnelles adhérentes. Dans le secteur de la santé, il s'agit de l'Opc Santé.

délégation de ces contrôles aux tiers susmentionnés, afin que la certification périodique contribue effectivement à garantir la sécurité des patients.

2 - Retenir une conception large du contenu de ce nouveau système d'information

Pour assurer le contrôle de la qualité des données déclarées par les professionnels de santé, les attentes doivent être fixées, éventuellement dans des arrêtés, en termes de qualité des actions à mener par l'ordre des médecins et par les tiers.

Les travaux en cours de développement du système d'information de certification périodique constituent une occasion pour permettre d'assurer la traçabilité des actions de contrôle menées par l'ordre des médecins et par les tiers, mais également pour industrialiser l'examen des comptes individuels et intégrer un nombre aussi élevé que possible de contrôles embarqués.

a) Les attentes de qualité des actions à mener

L'analyse de l'obligation de développement professionnel continu a montré que l'ordre s'était écarté de l'application des référentiels en raison d'une mauvaise interprétation des dispositions retenues. Un tel manquement doit être évité pour le contrôle de l'obligation de certification périodique.

Les attentes en termes de qualité des informations produites par les professionnels de santé, ou pour leur compte par des tiers, doivent être clarifiées et intégrées dans les référentiels de certification, qui constituent les documents qui seront diffusés aux médecins et leur seront opposables.

Pour que les actions de formation contribuent effectivement à l'amélioration des connaissances et des pratiques des médecins et à la sécurité des patients, elles doivent notamment être conformes aux actions prévues pour chaque spécialité (nature, volumes horaires, délivrance d'une attestation ou d'un diplôme...) et avoir été dispensées par une personne et un organisme ayant satisfait à des exigences de qualité pédagogiques et scientifiques et ne se trouvant pas dans une situation de conflits d'intérêt.

Les travaux en cours doivent permettre de définir et d'arrêter ces exigences.

b) Évaluer la fiabilité des données

Pour que le parcours de certification d'un professionnel de santé puisse être validé, il est indispensable d'avoir l'assurance que les actions de formation suivies soient d'une qualité suffisante et soient dûment justifiées. À défaut de contrôles portant sur la fiabilité des informations communiquées et des justificatifs de celles-ci, ne resterait qu'un système purement déclaratif, manifestement insuffisant, *a fortiori* si ces données sont directement communiquées par les médecins.

Pour éviter cette situation, il est envisagé, dans le cadre du développement du nouveau système d'information, de collecter de manière automatisée les informations principalement auprès de tiers, dénommés « *tiers de confiance* ».

Certains de ces « *tiers de confiance* » ont d'ores et déjà été identifiés, tels que l'ANDPC, les opérateurs de compétence et les employeurs. Ils détiennent déjà des informations qui peuvent être transmises automatiquement, sans l'intervention du professionnel de santé. Cette évolution est positive, à condition de régler préalablement certains aspects juridiques⁹⁹, administratifs et techniques¹⁰⁰.

En outre, pour l'instant, aucune disposition ne permet de savoir ce qui est attendu des « *tiers de confiance* » pour garantir cette « *confiance* ». Celle-ci dépend de la garantie que les données communiquées ont été fiabilisées en tout ou partie.

Beaucoup de contrôles sont d'ores et déjà menés et contribuent à assurer certaines données. Ainsi, les documents de traçabilité mis à disposition par l'ANDPC ont préalablement été vérifiés sous de nombreux aspects, quoiqu'uniquement pour les médecins libéraux. Dans ces conditions, l'ordre peut dégager de nombreux éléments d'assurance. Il sait alors que l'action s'inscrit bien dans le référentiel de la spécialité du médecin, qu'elle a été mise en œuvre par un organisme agréé et qu'elle a effectivement été réalisée dans des conditions satisfaisantes d'un point de vue pédagogique et scientifique.

En charge du contrôle de l'obligation de certification périodique, l'ordre doit fixer le niveau des exigences attendues des « *tiers de confiance* ».

En revanche, pour les données qui seraient éventuellement déclarées directement par les médecins, sans l'intervention d'un « *tiers de confiance* », et celles qui n'auraient qu'en partie été fiabilisées par le « *tiers de confiance* », l'ordre ne dispose pas des mêmes éléments d'assurance. Il doit donc être plus exigeant. Ces données doivent être signalées dans le système d'information, afin qu'il puisse réaliser directement des contrôles spécifiques.

c) Intégrer des fonctionnalités de contrôle

Le nouveau système d'information ne doit pas se limiter à la collecte d'informations.

Il doit être doté de fonctionnalités plus ambitieuses, notamment de contrôles embarqués et de contrôles diligents directement par l'ordre.

Il doit également automatiser l'application des règles des référentiels de certification, ainsi que celles qu'il définit lui-même.

Il doit enfin enregistrer le résultat des contrôles ponctuels et ciblés effectués par l'ordre, et faciliter les échanges avec les médecins concernés et la transmission de la décision finale.

⁹⁹ Notamment, le « *tiers de confiance* » devra disposer d'une autorisation pour pouvoir transmettre ces données personnelles, afin qu'elles puissent être utilisées *in fine* par les ordres pour contrôler le respect de l'obligation de certification périodique.

¹⁰⁰ Actuellement, les employeurs n'assurent pas toujours un suivi de ces informations. Les transmissions attendues leur imposeront une charge administrative supplémentaire de suivi et la réalisation de développements dans leur système d'information RH.

B - Renforcer les conditions de développement du nouveau système d'information

En application du décret du 30 août 2022, l'Agence du numérique en santé (ANS) est chargée de la gestion des comptes individuels de la certification périodique des professions de santé.

Près de deux ans après la désignation de cette agence, le développement du système d'information « Certification » est peu avancé, alors que la direction générale de l'organisation des soins avait prévu qu'il serait déployé le 1^{er} janvier 2023¹⁰¹, ce qui représentait une échéance peu réaliste au regard de l'ampleur des travaux à mener.

Ces retards s'expliquent principalement par une expression des besoins tardive et encore très minimaliste.

1 - Des insuffisances dans les modalités de pilotage

Près de deux ans après le lancement du projet de SI « Certification », aucune convention n'a été signée entre l'Agence du numérique en santé et la DGOS. Par ailleurs, le budget à consacrer à cette opération est encore difficile à estimer.

a) Une répartition des rôles encore trop imprécise

L'article D. 4022-5 du code de la santé publique désigne l'ANS comme « *autorité administrative chargée de la gestion des comptes individuels de la certification périodique des professionnels de santé* »¹⁰².

Près de deux ans après la désignation de cette agence, aucune convention n'avait encore été signée avec la direction générale de l'organisation des soins. De nombreuses incertitudes se font jour, notamment quant aux modalités d'organisation et au périmètre de la mission confiée à l'ANS.

Ainsi, ni la méthode de développement retenue, ni les rôles attendus et les responsabilités de l'Agence du numérique en santé et de la DGOS ne sont actuellement définis dans un document cadre de portée suffisante.

b) Des dépassements budgétaires passés et à venir

Un budget initial de 4,5 M€ a été arrêté en septembre 2022. Il a déjà fait l'objet de deux réévaluations successives, en avril 2023 et avril 2024, pour le porter à 6 M€, puis à 6,7 M€, auxquels devraient être ajoutés les coûts internes à l'ANS¹⁰³.

Les estimations budgétaires ont donc été sous-évaluées. Elles pourraient l'être encore, dans la mesure où les coûts de développement restent difficiles à appréhender en raison de la

¹⁰¹ Lettre de mission du 5 mai 2022.

¹⁰² Cf. le décret n° 2022-1205 du 30 août 2022 relatif à la désignation de l'autorité administrative assurant la gestion des comptes individuels de la certification périodique des professions de santé.

¹⁰³ Les coûts internes seraient de l'ordre de 174 000€, pour l'année écoulée 2023, et de 410 000 € pour 2024.

méconnaissance tant du périmètre des travaux à entreprendre que des modalités d'échanges avec les fournisseurs de données. Les coûts de maintenance du nouveau système d'information restent également dépendants de l'architecture-cible, qui n'a toujours pas été définie.

2 - Mener des travaux préalables de cartographie des systèmes d'information existants

Les travaux de cartographie et d'architecture des systèmes d'information n'ont été annoncés que très récemment, en décembre 2023, avec le lancement d'une expérimentation, à partir de projets de référentiels qui n'avaient toujours pas été mis à la disposition de l'Agence du numérique en santé en mai 2024.

Ces travaux sont pourtant essentiels. Ils doivent en effet permettre d'évaluer les mutualisations possibles entre les systèmes d'information existants¹⁰⁴.

Il serait notamment utile d'évaluer dans quelle mesure le système d'information développé par l'ANDPC dans le cadre du DPC, auquel les médecins ont accès à partir du portail « *mondpc.fr* », pourrait servir de socle pour le développement du SI « Certification »¹⁰⁵. Certaines des fonctionnalités attendues de ce système semblent en effet comparables à celles qui ont été développées dans le cadre du DPC¹⁰⁶.

Par ailleurs, ces travaux de cartographie pourraient être une occasion de réduire le nombre des systèmes d'information existants, en intégrant leurs fonctionnalités dans le cadre du développement du nouveau système d'information.

À côté du portail « *mondpc.fr* », certains conseils nationaux professionnels proposent également leurs propres documents de traçabilité, afin d'être en mesure d'adresser à l'ordre des médecins des « *attestations de conformité* », dont le contenu et la pertinence ont fait l'objet d'observations *supra* dans le présent rapport. Le Collège de la médecine générale et la Fédération des spécialités médicales ont respectivement développé deux systèmes, dénommé « *Archimede* » et « *ParcoursPro* », qu'ils mettent à la disposition des médecins généralistes et spécialistes¹⁰⁷. Ces systèmes d'information ont été financés sur des fonds publics pour près de 500 000 €¹⁰⁸.

La rationalisation des systèmes d'information contribuerait par ailleurs à éviter les confusions dans l'esprit des médecins.

¹⁰⁴ Notamment les SI développés par l'ANDPC et les opérateurs de compétence, mais également Sante.fr, SaS, Cyberveille, Esante.gouv.fr, Ginius.

¹⁰⁵ Via le portail « *mondpc.fr* », le nombre de comptes ouverts par des médecins, quels que soient leurs modes d'exercice, s'établissait à 91 703 au 31 décembre 2023, sur une population théorique de plus de 230 000 médecins.

¹⁰⁶ Saisie de données inhérentes à des professionnels, à des organismes de formation, à des actions menées ; contrôles embarqués pour s'assurer de la conformité des actions menées par rapport à des référentiels ; transmission d'information à fins de contrôle du respect d'une obligation générale de formation.

¹⁰⁷ Le nombre de comptes ouverts par des médecins spécialistes s'établissait à près de 7 700 au 31 décembre 2023, sur une population théorique de 125 000 médecins spécialistes.

¹⁰⁸ Les coûts de développement et d'exploitation des systèmes « *Archimede* » et « *Parcourspro.online* » ont respectivement été de 370 000 € et de 120 000 €. Le système *Archimede* intègre des fonctionnalités supplémentaires dépassant le champ du DPC, permettant par exemple à un médecin de réaliser sa déclaration publique d'intérêt (DPI).

3 - Finaliser une expression des besoins fonctionnels satisfaisante

Les fonctionnalités attendues de ce nouveau système d'information n'ont toujours pas été arrêtées.

Leur définition dépend d'arbitrages essentiels sur des points précis. Au premier chef, les modalités d'articulation entre le DPC et la certification périodique n'ont toujours pas été définies. De même, aucun référentiel de certification n'a pour l'instant encore été validé. Or, ils constituent des documents indispensables pour la conception du nouveau système. Ils permettront de définir le modèle des données, le format de celles-ci, les sources de celles qui sont éligibles, ainsi que les règles de gestion à mettre en place.

Le développement du SI « Certification » reste également dépendant de la définition des modalités de contrôle retenues par les ordres professionnels. D'ores et déjà, il est annoncé que ce SI ne comportera pas de données de contrôles¹⁰⁹. Si tel devait être le cas, chaque ordre devrait alors insérer ses fonctionnalités de contrôle dans son propre système d'information, ce qui se traduirait par des délais et des coûts supplémentaires de développement, qui peuvent être évités.

IV - Faciliter et étendre l'évaluation de l'impact des actions de formation

L'évaluation de l'impact de la formation continue des médecins est actuellement prévue dans les textes, mais uniquement pour les actions relevant du développement professionnel continu. L'ANDPC a ainsi notamment reçu pour mission d'« évaluer l'impact du développement professionnel continu sur l'amélioration des pratiques et l'efficacité du dispositif »¹¹⁰.

L'agence ne disposant pas des ressources nécessaires pour conduire ces travaux, le principe de son renforcement par un appui extérieur a été retenu, pour les années 2018 à 2020, dans son contrat d'objectif et de performance. Des travaux ont été engagés à compter de 2021, par un rapprochement avec l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (Irdes). Ils n'ont abouti, à ce jour, qu'à la réalisation d'une étude de faisabilité précisant les orientations méthodologiques de la démarche et les difficultés à surmonter.

Les difficultés rencontrées par l'ANDPC et l'Irdes sont nombreuses et expliquent qu'aucune évaluation n'ait débuté à ce jour.

¹⁰⁹ Cf. Copil de juin 2023, slide 6.

¹¹⁰ Cf. l'article R. 4021-7 – 1° c) du code de la santé publique.

A - Une évaluation indispensable pour contribuer à la définition de modalités pertinentes de formation

L'évaluation de l'impact des actions de développement professionnel continu et, à terme de l'ensemble des actions de formation continue des médecins, est indispensable. Elle devrait donc être menée dans les meilleurs délais.

À terme, cette évaluation permettra en effet d'apprécier, en la rapprochant de ses résultats, l'opportunité et la pertinence de l'effort financier consacré à la formation continue des professionnels de santé, à partir de deniers publics, de cotisations et contributions sociales et des ressources propres des employeurs.

Elle contribuera également à améliorer progressivement les conditions de mise en œuvre de l'obligation de formation continue des médecins, en identifiant les orientations de formation et les caractéristiques des actions à privilégier.

Les référentiels pourront être actualisés à la lumière des résultats observés. Les actions pourront être précisés, non seulement en termes de nature d'actions à retenir, mais également de quantités, de fréquences ou de modalités pédagogiques à retenir¹¹¹ pour obtenir des résultats satisfaisants.

B - Des difficultés assez faciles à surmonter

Certaines difficultés sont de nature juridique. Suivant la méthodologie d'évaluation retenue par l'ANDPC et l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (Irdes), il s'avère nécessaire de pouvoir disposer des données relatives, d'une part, aux actions de formation suivies par les professionnels de santé et, d'autre part, à l'activité professionnelle de ces médecins.

Or, pour pouvoir utiliser les données personnelles des professionnels de santé qu'ils déposent dans le document de traçabilité, l'ANDPC doit disposer d'une autorisation délivrée par chaque professionnel. Cette exigence a été confirmée dans une note de la direction des affaires juridiques des ministères sociaux de janvier 2022¹¹².

Concernant les données relatives à l'activité des médecins, détenues par l'Assurance maladie, les difficultés initiales étaient de même nature mais, selon l'ANDPC, seraient en passe d'être résolues.

Pour surmonter plus facilement ces difficultés, l'autorisation de pouvoir utiliser les données personnelles détenues par l'ANDPC ou par des tiers à des fins d'évaluation de l'impact

¹¹¹ Actions en présentiel ou en distanciel, transmission de savoirs ou de savoir-faire.

¹¹² Selon cette note, « si les données collectées initialement l'ont été dans le cadre d'un traitement fondé sur le consentement des personnes concernées, il ne serait pas possible de réutiliser ces données pour la nouvelle finalité d'évaluation sans recueillir le consentement de ces mêmes personnes pour cette nouvelle finalité ». Or, les données que l'ANDPC souhaite utiliser sont déposées volontairement par les professionnels de santé, dans le document de traçabilité qui est mis à leur disposition. Les professionnels « consentent » alors volontairement à y déposer leurs données personnelles, qui ne peuvent être utilisées à d'autres fins que s'ils donnent leur autorisation.

de la formation continue des professionnels de santé pourrait être prévue dans des textes de portée législative ou réglementaire.

C - Une mission d'évaluation à étendre et à préciser

Actuellement, l'ANDPC n'a été désignée pour mener des évaluations d'impact que pour les seules actions qui relèvent du développement professionnel continu.

Comme la formation continue des médecins couvre un périmètre plus étendu que le DPC, il conviendrait que l'évaluation des actions menées par les médecins soit étendue au périmètre de la certification périodique, qui comprend de nouvelles actions à mener, différentes et complémentaires de celles du développement professionnel continu, au regard des objectifs poursuivis et de leur nature.

Dans ce nouveau cadre, la responsabilité de mener cette évaluation et d'en exploiter les résultats pourrait être confiée à une autorité indépendante, la Haute Autorité de santé ou le Conseil national de certification périodique.

Cette extension de périmètre pourrait être actée dans une disposition de portée législative, en lieu et place de la disposition réglementaire actuelle. Cela contribuerait à renforcer le fondement juridique de cette évaluation et à faciliter les échanges entre les organismes chargés de cette mission d'évaluation et les opérateurs détenteurs des informations nécessaires.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

La nouvelle obligation de certification périodique offre l'occasion de simplifier les modalités de mise en œuvre, de contrôle et d'évaluation de la formation continue des médecins, afin de faciliter leur adhésion, tout en garantissant la qualité et la sécurité des soins prodigués aux patients. La suppression de l'obligation de développement professionnel continu au profit de la nouvelle obligation de certification périodique pourrait ainsi être utilement envisagée.

De même, l'évaluation de l'impact des actions de formation pourrait également être favorisée, en facilitant l'exploitation des données nécessaires et en élargissant son périmètre aux actions de certification périodique.

Les conditions de régulation de l'offre de formation, qui doivent être renforcées et homogénéisées, devraient également être revues en modifiant si nécessaire les dispositions de nature législative qui les régissent. Des dispositions particulières doivent être prises pour garantir que les actions soient dispensées dans des conditions satisfaisantes.

La Cour formule les recommandations suivantes :

- 1. fusionner les dispositifs de formation continue des médecins, pour ne conserver que l'obligation de certification périodique (ministère du travail, de la santé et des solidarités).*
 - 2. harmoniser les projets de référentiels de certification périodique, en veillant à préciser non seulement la nature des actions de formation, mais également leur pondération en points (ministère du travail, de la santé et des solidarités) ;*
 - 3. préciser, dans un décret, les principes généraux de contrôle des actions de formation, notamment les critères de qualité des données déclarées et des pièces justificatives à produire, ainsi que les modalités d'organisation de ces contrôles entre les ordres professionnels et les financeurs (ministère du travail, de la santé et des solidarités) ;*
 - 4. Établir des conditions satisfaisantes de développement du système d'information, destiné à gérer les comptes individuels de certification périodique. Intégrer à ce système d'information des contrôles de fiabilité des données destinés à faciliter la mission confiée à l'ordre (ministère du travail, de la santé et des solidarités, ordre des médecins et Agence du numérique en santé) ;*
 - 5. élargir à la certification périodique l'évaluation de l'impact des actions de formation continue et autoriser l'exploitation de certaines données anonymisées sur les formations et les pratiques des professionnels de santé (ministère du travail, de la santé et des solidarités).*
-

Chapitre III

Renforcer et homogénéiser les conditions de régulation de l'offre de formation

Qu'elle s'applique au développement professionnel continu ou à la certification périodique, la régulation de l'offre de formation détermine en grande partie les modalités d'actualisation des connaissances des professionnels de santé et de leurs pratiques professionnelles, et contribue à garantir, dans le temps, la qualité et la sécurité des soins prodigués aux patients.

Cette régulation est entendue comme l'ensemble des dispositifs visant à garantir la conformité des actions de formation et des pratiques des organismes concernés aux règles déterminées par les pouvoirs publics et opérateurs.

Elle poursuit plusieurs objectifs. Certains sont communs avec ceux de la formation professionnelle des adultes, tandis que d'autres répondent aux enjeux spécifiques du secteur de la santé.

I - Une régulation nécessaire

L'offre de formation continue des médecins s'est organisée à l'initiative de la profession. Inspirés par certaines initiatives aux Etats-Unis, des médecins français ont, à compter de 1947, proposé à l'hôpital Bichat des enseignements spécifiquement destinés aux médecins en exercice,¹¹³ dans un contexte où de telles formations étaient jusque-là inexistantes. Cette modalité de formation continue s'est ensuite rapidement développée en France, en prenant la forme « *d'enseignements post-universitaires* » (EPU). Habituellement dispensées par des médecins hospitaliers à destination de leurs confrères de ville, ces initiatives étaient alors inégalement structurées sur le plan institutionnel.

¹¹³ Les potentielles atteintes à l'indépendance liées à ce type de partenariat ont dès l'origine conduit un certain nombre de professionnels et associations de professionnels à refuser le soutien de l'industrie. Voir Georges Nyiri, *La création de l'enseignement médical post-universitaires, fait social du milieu du vingtième siècle, Histoire des sciences médicales*, Tome XXXIV, n° 1, 2000.

Afin d'en soutenir le développement et d'en assurer la pérennité, des structures associatives ont été créées par des professionnels pour porter ces enseignements. Les organismes et l'offre de formation se sont ensuite fortement développés à compter des décennies 1980 et 1990, sous l'effet des premiers textes et des financements publics encourageant la formation continue des médecins, la « *formation médicale continue* » devenant obligatoire à compter de 1996. Dans ce contexte, l'industrie des produits de santé a développé une offre de formation, associée à ses produits, qu'elle propose directement, ou bien a soutenu matériellement et financièrement certaines des initiatives de la profession¹¹⁴, voire financé des médecins à titre individuel.

Le secteur de la formation continue des médecins présente des risques inhérents à celui de la formation professionnelle. Sa régulation est également nécessaire pour assurer l'indépendance des formations dispensées par rapport à l'industrie des produits de santé et pour vérifier les liens entretenus entre les professionnels et les organismes de formation.

A - Une combinaison de risques concernant la formation professionnelle et le secteur de la santé

1 - Des objectifs inhérents à la formation professionnelle

La régulation de l'offre de formation continue des médecins vise, en premier lieu, à garantir des formations de qualité, concourant au développement des compétences, et leur conformité à des critères standards de la formation professionnelle.

Dans le droit commun, cet objectif a notamment été promu par la loi du 5 septembre 2018 relative à la liberté de choisir son avenir professionnel et par la mise en place de dispositifs tels que la certification Qualiopi. Cette dernière s'impose aux organismes de formation souhaitant accéder aux financements publics ou mutualisés depuis le 1^{er} janvier 2022.

Par ailleurs, l'efficacité de la dépense publique dans le domaine de la formation continue des médecins est un objectif poursuivi par des dispositions du droit commun de la formation professionnelle des adultes, par des dispositions spécifiques applicables au DPC et par les procédures mises en place par certains financeurs¹¹⁵. Les règles de gestion déterminées par l'ANDPC ainsi que les appels d'offre régulièrement organisés par les organismes soulignent cette démarche.

La régulation vise de plus à prévenir les phénomènes de fraudes et la présence d'offres de formation aux pratiques abusives. Les financeurs institutionnels sont notamment tenus à des contrôles particuliers portant sur la certification du service fait, la qualité des actions de formation, et la lutte

¹¹⁴ Voir Georges Nyiri, *La création de l'enseignement médical post-universitaires, fait social du milieu du vingtième siècle, Histoire des sciences médicales*, Tome XXXIV, n° 1, 2000.

¹¹⁵ Articles L. 4021-6 et L. 4021-7 du code de la santé publique.

contre la fraude. Cette exigence de contrôle a été renforcée dans le code du travail, par le canal d'un texte récent¹¹⁶. La démarche qualité peut également contribuer à limiter les risques de fraude¹¹⁷.

2 - Des caractéristiques spécifiques au secteur de la santé

De nombreux scandales ont fragilisé le secteur, du fait du manque d'indépendance de l'expertise et de la pratique médicale par rapport à l'industrie des produits de santé. Cela vaut en particulier dans le secteur de la formation continue des médecins, dans lequel les industriels ont de longue date mis en œuvre des stratégies d'influence auprès des professionnels¹¹⁸. L'industrie a ainsi apporté son appui à l'essor et au développement de l'offre de formation continue des médecins, mais également au financement de voyages de médecins à l'étranger¹¹⁹.

Des règles visent désormais à prévenir ces risques, à l'instar des dispositifs d'encadrement des versements financiers de l'industrie au secteur de la santé ainsi que des dispositifs de déclaration d'intérêt.

Garantir l'indépendance des professionnels vis-à-vis de l'industrie, un enjeu persistant dans le secteur de la formation continue

Après une première loi¹²⁰ dite « anti cadeaux », qui a interdit à compter de 1993 l'octroi d'avantages aux professionnels médicaux par l'industrie, la loi de décembre 2011 relative au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament et des produits de santé a élargi les exigences auxquelles sont soumises les entreprises de l'industrie des produits de santé¹²¹. Elles doivent notamment respecter une obligation de transparence quant aux montants financiers versés aux acteurs de la santé, au travers de conventions, de rémunérations et d'avantages¹²².

¹¹⁶ Décret n° 2023-1396 du 28 décembre 2023 relatif à l'activité des organismes certificateurs et au contrôle exercé par les organismes financeurs en matière de formation professionnelle.

¹¹⁷ Les risques peuvent être réduits ou accrus dans le cadre d'une démarche qualité selon le niveau de sécurisation du processus. Il faut en tout état de cause que la démarche qualité soit articulée avec les actions de lutte contre la fraude que chaque financeur institutionnel doit mettre en œuvre. Cf. Cour des comptes, *La formation professionnelle des salariés : après la réforme de 2018, une stratégie nationale à définir et un financement à stabiliser*, rapport public thématique, juin 2023.

¹¹⁸ Dans un ouvrage récent, la journaliste Rozenn Le Saint a souligné la stratégie d'influence déployée auprès des professionnels médicaux dès les années 1980 par un certain nombre de laboratoires pharmaceutiques en France, dans le champ de la formation, caractérisée par le financement de colloques et voyages à l'étranger. Voir Rozenn Le Saint, *Chantage sur ordonnance*, Seuil, 2023.

¹¹⁹ La journaliste Anne Jouan et le Professeur Christian Riché mentionnent par exemple, dans les années 1990, le financement par le laboratoire Merck de voyages à l'étranger de médecins français, dans des conditions particulièrement privilégiées. Voir Anne Jouan, Christian Riché, *La santé en bande organisée*, Robert Laffont, 2022.

¹²⁰ Loi n° 93-121 du 27 janvier 1993 portant diverses mesures d'ordre social.

¹²¹ Sont soumises à cette obligation toutes les entreprises qui produisent ou commercialisent des produits à finalité sanitaire, tels que les produits à usage humain, sanitaires (médicaments, dispositifs médicaux) ou cosmétiques, et les produits vétérinaires, ou qui effectuent des prestations en lien avec ces produits.

¹²² Les dispositions applicables en matière de transparence des avantages consentis par l'industrie pharmaceutique ont été codifiées aux articles L. 1453-1 à 1454-10 et aux articles D. 1453-1 à 1453-19 du code de la santé publique.

Les bénéficiaires concernés par ces conventions, rémunération et avantages peuvent être tous les acteurs du champ de la santé. Certains de ces acteurs se trouvent dans le périmètre de la formation continue : les médecins, les associations de professionnels ou de patients, les établissements de santé, les personnes morales assurant la formation continue, les académies et les sociétés savantes.

Les données disponibles en la matière mettent en évidence le niveau encore élevé des financements de la formation continue par l'industrie. Au cours des années 2017 à 2022, les entreprises ayant une activité dans les médicaments humains ont déclaré le versement d'un peu plus de 5 Md€ de rémunérations aux acteurs de la santé. Plus de la moitié (57 %, soit 2,86 Md€) a été versée à des bénéficiaires de la catégorie « *académies, fondations, sociétés savantes, organismes de conseil* ». Les associations de professionnels de santé et les personnes morales assurant la formation initiale et continue des professionnels de santé ont respectivement reçu 368 M€ et 244 M€ au cours de cette période.

Par ailleurs, des dispositifs de déclaration d'intérêt ont été mis en place. Tous les membres des commissions siégeant auprès des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, ainsi que des agences et des organismes publics, ont désormais l'obligation d'en remplir une, qui est rendue publique¹²³.

Au regard de la proximité entre professionnels, organismes de formation et opérateurs de la formation continue, il convient également de garantir l'absence de conflits d'intérêts entre acteurs du secteur de la formation. La prévention des conflits d'intérêt concerne en effet les éventuels manques d'indépendance résultant de liens entre individus, organismes et opérateurs du secteur.

Au regard des missions de régulation, d'expertise et d'accompagnement confiées notamment à l'ANDPC ou aux conseils nationaux professionnels, des règles spécifiques visent à garantir leur indépendance dans l'exercice de leurs missions.

Concernant l'ANDPC, des dispositions visent, en particulier, les membres de ses différents organes. L'article R. 4021-19 du code de la santé publique prévoit une règle spécifique d'incompatibilité destinée à garantir les principes d'impartialité et d'indépendance des décisions rendues par l'ANDPC. Les fonctions de membre du Haut conseil du DPC, d'une commission scientifique indépendante ou du Comité d'éthique de l'ANDPC sont incompatibles avec celles de membre du Conseil de gestion du DPC des professionnels libéraux et salariés des centres de santé ou d'une section professionnelle de l'agence, ou de membre d'une instance dirigeante, d'un organisme ou d'une structure de DPC, quel qu'en soit le statut.

Sont notamment considérées comme instances dirigeantes, au sens des dispositions légales applicables, les organes de délibération (conseil d'administration, conseil de surveillance) et exécutifs. Par ailleurs, eu égard à la particularité de leur champ d'intervention et à leur rôle prépondérant dans l'orientation et la détermination des programmes et des actions à proposer, les conseils scientifiques des organismes de développement professionnel continu sont également concernés par ces règles d'incompatibilité.

Des dispositions similaires s'appliquent aux conseils nationaux professionnels (CNP). L'article D. 4021-4-3 du code de la santé publique prévoit ainsi que l'activité des CNP respectent les exigences de l'éthique scientifique et de l'indépendance de l'expertise. Leurs

¹²³ Les dispositions applicables en matière de prévention des conflits d'intérêts ont été codifiées dans les articles L. 1451-1 à L. 1451-5 aux articles D. 1453-1 à 1453-19 du code de la santé publique.

membres ne doivent poursuivre, dans le cadre de leurs travaux, que des objectifs en lien direct avec les missions dévolues aux CNP. Les membres et structures des conseils nationaux professionnels ne doivent pas accepter, pour le compte de ceux-ci, de concours financiers qui, par leur nature ou leur importance, seraient susceptibles de mettre en cause l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de leurs missions.

Des règles comparables ont été retenues par l'association nationale pour la formation permanente du personnel hospitalier (ANFH)¹²⁴ et par l'Opcos Santé¹²⁵.

B - Un besoin de régulation conforté par la persistance de risques

1 - Des risques de fraudes particulièrement élevés

Le besoin de régulation de l'offre de formation continue est en outre justifié au vu des résultats des contrôles menés par les opérateurs.

À titre d'exemple, l'ANDPC a souligné en 2024 la « *recrudescence des comportements abusifs et frauduleux de toute nature, notamment financiers, tant de la part des organismes de DPC et des professionnels [...] avec des acteurs qui se professionnalisent et s'organisent pour détourner indûment l'argent du DPC à leur profit (pour certains ODPC la fraude fait partie de leur business model)* »¹²⁶. L'agence indique ainsi que, dans le cadre de contrôles d'organismes, elle a été en mesure de récupérer des montants d'indus significatifs suite à des phénomènes de fraudes, pour un montant total de 2 221 906 € pour les exercices 2022 et 2023¹²⁷.

Elle signale avoir par ailleurs reçu, en 2023, 1 096 signalements pour des motifs divers, parmi lesquels des inscriptions de professionnels faites par des organismes à l'insu de ces derniers, l'absence de suivi effectif des sessions par les professionnels, des incohérences entre les fiches descriptives des actions de formation voire l'absence de réalité de la formation diffusée.

Le fonds interprofessionnel de formation des professionnels libéraux rapporte également avoir constaté, suite à des contrôles sur place visant à vérifier l'effectivité de sessions de formations, l'absence de réalité de certaines d'entre elles¹²⁸.

¹²⁴ Les statuts de l'ANFH prévoient également des incompatibilités entre les fonctions d'administrateur de l'association avec celles de salarié ou d'administrateur d'un organisme de développement professionnel continu ou de fonctions exercées au sein des commissions scientifiques indépendantes de l'ANDPC.

¹²⁵ Au sein de l'Opcos Santé, chaque administrateur ayant un lien avec un organisme de crédit ou un organisme de formation est tenu d'en faire état dans une déclaration d'intérêt.

¹²⁶ ANDPC, *Bilan des contrôles de l'ANDPC liés à la lutte contre les fraudes et abus*, janvier 2024.

¹²⁷ Données ANDPC, toutes professions confondues. Ce montant ne comprend pas les blocages intervenus avant mise en paiement. À noter que les sommes totales engagées par l'ANDPC s'élèvent à 209 M€ en 2022 et 220 M€ en 2023.

¹²⁸ Cet organisme ne gère désormais plus de fonds de financement d'actions de formation des médecins, ces derniers relevant désormais exclusivement du fonds d'assurance formation de la profession médicale (FAF PM).

2 - La permanence de conflits d'intérêts

Malgré les règles applicables, le secteur de la formation continue reste marqué par des risques relatifs aux conflits d'intérêt.

Le conseil national professionnel de médecine générale (CMG) en fournit plusieurs exemples.

Dès lors que le CMG est chargé, en tant que conseil national professionnel, de proposer les référentiels de développement professionnel continu et de certification périodique, il ne doit subsister aucun doute quant aux raisons ayant pu motiver le choix des caractéristiques des actions retenues. Le fait que certains organismes de formation adhérant à cet organisme aient pu participer à ce choix donne l'apparence d'un défaut d'impartialité et d'indépendance.

De plus, le CMG organise un congrès (CMGF)¹²⁹, action de formation dont, en sa qualité de conseil national professionnel, il se trouve également en situation d'apprécier *a posteriori* la qualité, lorsqu'il délivre les attestations de conformité au titre du DPC.

La lecture du compte de résultat relatif à l'organisation de ce congrès pour l'édition 2023 montre que les recettes issues de versements par des organismes partenaires se sont élevées à 826 849 €, soit 73 % des recettes totales. Une part limitée de ces montants¹³⁰ a été versée par des organismes de formation, partenaires du congrès, dont certains proposent aux médecins des actions de formation que le CMG peut se trouver en situation d'apprécier au titre de ses missions de conseil national professionnel. Cette situation n'est pas conforme à la réglementation applicable aux termes de l'article D. 4021-4-3 du code de la santé publique¹³¹, dans la mesure où ces concours financiers sont de nature à remettre en cause l'indépendance nécessaire du CMG au regard de ses missions.

Par ailleurs, de façon problématique, certains parcours de conseil national professionnel suggèrent la réalisation d'actions proposées par un organisme de formation spécifique, qui a parfois un lien avec le conseil national professionnel concerné¹³², ce qui pose la question de l'existence de conflits d'intérêt.

Enfin, l'industrie reste présente dans le secteur de la santé en général et dans celui de la formation continue en particulier, comme le montre l'encadré *supra*.

¹²⁹ Le CMG précise qu'il est co-organisateur de ce congrès avec une société commerciale, et qu'ils en « *sont à parts égales les propriétaires* ». Cette situation est en tant que telle non conforme au droit applicable, dans la mesure où l'article R. 40211 du code de la santé publique précise que « [...] *Les conseils nationaux professionnels ne peuvent pas exercer des activités en tant qu'organisme ou structure de formation continue ou de développement professionnel continu.* ».

¹³⁰ Le montant des versements par des ODPC a atteint 26 110,00 € sur un montant global de recettes de 1 137 550,22 €.

¹³¹ « [...] *ni l'assemblée, ni le conseil d'administration, ni le bureau, ni aucun des membres d'un Conseil national professionnel ou d'une structure fédérative ne peuvent solliciter ou accepter pour le compte de celui-ci des concours financiers qui, par leur nature ou leur importance, seraient susceptibles de mettre en cause l'indépendance nécessaire à l'accomplissement des missions du conseil ou de la structure.* ».

¹³² Le parcours de développement personnel continu du Conseil national professionnel de chirurgie orthopédique et traumatologique suggère par exemple la réalisation « *d'actions purement cognitives mises en place par l'ODPC-COT* », la participation à un congrès annuel « *des sociétés membres du CNP* », aux congrès internationaux « *des sociétés internationales dont la Sofcot est membre* ». De la même manière, le conseil national professionnel d'endocrinologie, diabétologie et nutrition exige « *au moins 1 action de DPC organisée par l'ODPC Endo ou l'ODPC de Nutrition* ».

II - Une régulation diversement mise en œuvre par les opérateurs

Les acteurs de la régulation correspondent aux opérateurs assurant la prise en charge d'actions de formation des médecins : l'Association nationale pour la formation permanente du personnel hospitalier, l'Opcosanté, le Fonds d'assurance formation de la profession médicale et le Fonds interprofessionnel de formation des professionnels libéraux. Certains de ces acteurs sont chargés de missions spécifiques au regard des dispositifs de développement professionnel continu ou de l'accréditation : l'Agence nationale du développement professionnel continu et la Haute Autorité de santé.

Les dispositifs de régulation de l'offre de formation par les financeurs de formations peuvent être présentés suivant deux grandes catégories : d'une part, ceux portant sur les organismes de formation eux-mêmes, et d'autre part, les dispositifs de régulation des actions de formation proposées par les organismes de formation. Les dispositifs de régulation des organismes et des actions de formation peuvent être différents et apparaissent plus ou moins exigeants suivant les opérateurs.

Les opérateurs et financeurs d'actions de formation, acteurs de la régulation

Une diversité d'organismes assure la régulation de l'offre de formation continue des médecins.

En premier lieu, des agences et autorités publiques assurent une mission de régulation, soit de l'offre directe de formation pour l'ANDPC, au titre du financement des actions de développement professionnel continu, soit des organismes accréditeurs, pour la Haute Autorité de santé, dans le cadre du dispositif d'accréditation des médecins.

Ensuite, les organismes paritaires collecteurs et assimilés (Association nationale pour la formation permanente du personnel hospitalier, Opcosanté), qui collectent les fonds destinés à la formation et procèdent au paiement des actions de formation auxquelles participent les salariés de leurs établissements et organismes adhérents, assurent des fonctions de régulation en vérifiant le respect de règles légales applicables par les organismes de formation.

Enfin, les fonds d'assurances formation des professionnels libéraux (Fonds d'assurance formation de la profession médicale, Fonds interprofessionnel de formation des professionnels libéraux), créés en 1993, assurent la prise en charge de formations selon des critères qui leur sont propres. Le Fonds d'assurance formation de la profession médicale (FAF-PM) assure la prise en charge des actions de formation des seuls médecins, tandis que le Fonds interprofessionnel de formation des professionnels libéraux (FIF-PL) assure la prise en charge des autres professions de santé libérales (pharmaciens, infirmiers, etc.) ainsi que d'autres professions (avocats, etc.). Ce dernier a un temps assuré la prise en charge de certaines actions de formation des médecins.

A - Une régulation hétérogène des organismes de formation

La régulation des organismes de formation repose sur l'appréciation, par les opérateurs, de la conformité de ces structures et de leurs procédures internes aux règles de droit.

Le mode de régulation le plus exigeant correspond à l'obligation, pour les organismes de formation, d'obtenir leur enregistrement préalable auprès d'un financeur. Cette procédure recouvre des appellations différentes selon les opérateurs. La régulation des organismes de

formation est appliquée par l'ANDPC (procédure d'obtention du label ODPC)¹³³ et par le Fonds d'assurance formation de la profession médicale (procédure d'habilitation). De son côté, la Haute Autorité de santé applique une procédure d'agrément. C'est le mode de régulation le plus exigeant à l'égard des organismes de formation et accréditeurs, puisque ces derniers doivent obtenir leur enregistrement avant de pouvoir proposer des actions de formation ou accréditer les médecins. C'est également assez contraignant pour les opérateurs, au regard du nombre des organismes qui proposent des actions de formation. Pour la seule ANDPC, au 31 décembre 2022, 2 671 organismes bénéficiaient du label ODPC et, à ce titre, étaient habilités à proposer des actions de développement professionnel continu¹³⁴.

Tableau n° 3 : procédure d'enregistrement préalable des organismes de formation, selon les opérateurs

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

Source : documents internes et sites internet des opérateurs

Qu'ils exigent ou non un enregistrement préalable, les financeurs de formations vérifient le respect de critères par les organismes de formation. Le respect de ces critères est indispensable pour obtenir le financement des actions de formation que proposent les organismes de formation.

La nature des critères vérifiés varie selon les organismes. Tous les opérateurs exigent le respect de conditions administratives et financières¹³⁵. Cependant, seul un nombre limité d'entre eux exigent que les organismes remplissent également des critères pédagogiques¹³⁶ (ANDPC, FAF-PM, HAS), scientifiques¹³⁷ (ANDPC, HAS) ou de prévention des conflits

¹³³ Cette procédure correspond à une exigence réglementaire. Voir l'arrêté du 14 septembre 2016 relatif aux critères d'enregistrement des organismes ou structures.

¹³⁴ Plan de contrôle de l'ANDPC pour l'année 2024.

¹³⁵ Les critères administratifs et financiers correspondent, par exemple, à l'adéquation des moyens humains et financiers avec les missions confiées à l'organismes (cf. la grille d'évaluation de la demande d'agrément auprès de la HAS, décision n° 2022.0310/DC/SEVOQSS du 22 septembre 2022).

¹³⁶ Les critères pédagogiques correspondent, par exemple, à l'exigence de qualifications des concepteurs des actions de formation (cf. pour le label ODPC, l'article 2 de l'arrêté du 14 septembre 2016).

¹³⁷ Les critères scientifiques correspondent, par exemple, à l'exigence de validité du contenu scientifique des actions de formation (cf. pour le label ODPC, l'article 2 de l'arrêté du 14 septembre 2016) ou des enseignements produits par l'organisme (solutions pour la sécurité du patient, articles, communications, cf. la demande de renouvellement d'agrément auprès de la HAS, décision n°2022.0310/DC/SEVOQSS du 22 septembre 2022). Ces critères visent notamment à éviter les dérives sectaires ou les pratiques correspondant à des pseudosciences.

d'intérêts¹³⁸ (ANDPC, HAS). Même si, au sein de chaque catégorie de critères, les points précis vérifiés par les organismes peuvent être différents, les dispositifs de régulation les plus exigeants sont ceux retenus par l'ANDPC et la HAS.

Tableau n° 4 : critères que doivent respecter les organismes de formation, selon les opérateurs

	ANDPC	ANFH	Opcos santé	FAF PM	FIF PL	HAS
<i>Critères administratifs et financiers</i>	X	X	X	X	X	X
<i>Critères scientifiques</i>	X					X
<i>Critères pédagogiques</i>	X			X		X
<i>Critère d'absence de conflits d'intérêt</i>	X					X

Source : documents internes et sites internet des opérateurs

Pour les financeurs qui exigent un enregistrement obligatoire des organismes de formation, la vérification des critères est assurée de façon systématique, avant que ces organismes ne puissent proposer des actions de formation. L'absence de satisfaction de ces critères conduit alors à un rejet de la demande d'enregistrement et l'impossibilité, pour les structures concernées, de proposer des actions.

La vérification de ces critères est également assurée par les opérateurs dans le cadre de contrôles *a posteriori*. Ces contrôles peuvent être réalisés de façon exhaustive auprès des organismes de formation (par exemple, pour la Haute Autorité de santé, qui impose un renouvellement périodique de l'enregistrement) ou selon les règles déterminées par le plan de contrôle de l'opérateur.

Dans le cas où certaines de ces conditions ne sont pas remplies, l'organisme est susceptible d'être désenregistré et ses actions de formation ne plus être éligibles à un remboursement par les financeurs. À titre d'exemple, l'ANDPC indique ainsi avoir procédé à trois désenregistrements d'organismes de développement personnel continu en 2022 et 2023. La HAS a, quant à elle, procédé à l'abrogation de l'agrément du Collège français d'échographie fœtale (CFEF) en 2023¹³⁹.

¹³⁸ Les critères d'absence de conflits d'intérêts correspondent, par exemple, à l'exigence que les ressources financières de l'organisme de formation ainsi que des dispositions garantissent l'indépendance de l'organisme à l'égard des entreprises fabriquant ou distribuant des produits de santé, ainsi qu'une politique de gestion des conflits d'intérêts (cf. pour le label ODPC, l'article 2 de l'arrêté du 14 septembre 2016).

¹³⁹ Rapport de présentation au collège du 27 septembre 2023, *Abrogation de l'agrément de l'organisme agréé CFEF pour l'accréditation de la qualité de la pratique professionnelle des médecins et des équipes médicales exerçant en établissement de santé dans la spécialité échographie fœtale*.

B - Une régulation inégale des actions de formation

Les financeurs d’actions de formation mettent également en œuvre une régulation des actions de formation elles-mêmes, qui se traduit cependant par des pratiques hétérogènes.

Comme pour l’enregistrement des organismes de formation, certains opérateurs rendent obligatoire le référencement préalable de chaque action de formation, avant qu’elle soit proposée aux médecins et qu’elle puisse prétendre à une prise en charge financière. Une régulation des actions de formation est ainsi mise en œuvre par l’ANDPC et par le FAF PM. Ce contrôle, particulièrement exigeant, correspond à une approche ambitieuse de la régulation au regard du nombre d’actions susceptibles d’être proposées¹⁴⁰ par les organismes de formation, et de la charge de travail liée à l’instruction pour l’opérateur. Ce système n’est pas en vigueur auprès des autres financeurs, qui n’exigent pas de référencement préalable des actions.

Que les opérateurs imposent ou non un référencement préalable de l’action, tous ont défini des critères auxquels doivent satisfaire les actions de formation¹⁴¹. Ces critères varient selon les opérateurs. Seule l’ANDPC exige que l’action proposée soit conforme aux orientations prioritaires nationales (OPN) pour être éligible au financement du développement professionnel continu. Lors de l’examen des actions de formation, tous les financeurs exigent le respect de critères administratifs et financiers¹⁴². Le respect de critères pédagogiques¹⁴³ n’est en revanche exigé que d’une minorité de financeurs (ANDPC ; FAF PM), tout comme le caractère scientifique de l’action proposée¹⁴⁴ (ANDPC ; FAF PM). Enfin, seule l’ANDPC exige, pour la mise en œuvre d’une action de formation, le respect de critères relatifs à la prévention des conflits d’intérêts¹⁴⁵.

Tableau n° 5 : critères exigés par les opérateurs pour la prise en charge d’une action de formation

	ANDPC	ANFH	Opcosanté	FAF PM	FIF PL	HAS
<i>Conformité obligatoire de l’action aux orientations</i>	Oui	Oui (uniquement pour les formation)	Non	Non	Non	N/A. Concomitant à la procédure

¹⁴⁰ Le FAF PM admet cependant prendre en charge, sous conditions, certaines actions qui n’ont pas fait l’objet d’un enregistrement préalable (congrès, notamment).

¹⁴¹ La HAS ne définit pas de critères pour les actions de formation mises en œuvre par les organismes habilités, mais procède à l’habilitation de ces organismes .

¹⁴² Les critères administratifs et financiers correspondent, par exemple, au programme détaillé de l’action de formation proposée (titre, précision du public cible, mention de la justification de l’action etc., cf. Règles de prise en charge : critères définis pour l’évaluation des projets de formation, Comité d’analyse pédagogique du FAF PM, 2024).

¹⁴³ Le respect de critères pédagogiques correspond, par exemple, à la capacité pédagogique des intervenants (ANDPC).

¹⁴⁴ Le respect de critères scientifiques correspond, par exemple, à l’indication de références bibliographiques à l’appui de l’action (cf. Règles de prises en charge : critères définis pour l’évaluation des projets de formation, Comité d’analyse pédagogique du FAF PM, 2024).

¹⁴⁵ L’ANDPC indique demander le *curriculum vitae* et la déclaration publique d’intérêts du concepteur d’une action de formation au moment du dépôt de cette dernière. Ces documents sont « systématiquement » examinés et évalués par la commission scientifique indépendante concernée.

	ANDPC	ANFH	Opcosanté	FAF PM	FIF PL	HAS
<i>prioritaires nationales (OPN)</i>		dites « programmes et actions prioritaires ») ¹⁴⁶				d'agrément de l'organisme
<i>Critères administratifs et financiers</i>	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	
<i>Critères pédagogiques</i>	Oui	Non	Non	Oui	Non	
<i>Caractère scientifique de l'action proposée</i>	Oui	Non	Non	Oui	Non	
<i>Critères relatifs à l'absence de conflits d'intérêt</i>	Oui	Non	Non	Non	Non	

Source : documents internes et sites internet des opérateurs

Le respect de ces critères peut être apprécié *a priori* ou *a posteriori* par les financeurs. Ils sont vérifiés de façon exhaustive et systématique pour les financeurs qui demandent un enregistrement préalable des actions de formation (ANDPC ; FAF PM). Des contrôles *a posteriori*¹⁴⁷ peuvent être également réalisés par les organismes.

Tableau n° 6 : modalités des contrôles des actions de formation par les opérateurs

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

Source : documents internes et sites internet des opérateurs

¹⁴⁶ Pour les formations dites « programmes et actions prioritaires », l'ANFH vérifie la conformité aux orientations prioritaires nationales, la validité de l'action sur la plateforme de l'ANDPC et s'appuie sur les diligences de l'ANDPC pour les autres critères.

¹⁴⁷ Ces contrôles se distinguent du contrôle du service fait et des modalités de ce dernier.

C - Des effets indésirables résultant de certains modes de régulation

D'une intensité variable, la régulation mise en œuvre par les opérateurs entraîne dans certains cas des effets inopportuns.

Le mode de régulation de l'ANDPC correspond au mode de régulation le plus fort, puisqu'il impose, d'une part, les procédures les plus complètes (enregistrement préalable des organismes de formation, enregistrement préalable de chaque action de formation) ainsi que les critères les plus stricts, pour les organismes de formations comme pour les actions elles-mêmes. Ce mode de régulation ambitieux, bienvenu au regard des exigences attendues de la gestion des deniers publics, peut cependant entraîner des effets indésirables à l'égard d'un certain nombre d'acteurs *a priori* pertinents et légitimes pour proposer de telles actions. Les universités et les établissements de santé, dont la formation professionnelle continue n'est pas la mission première, sont ainsi peu nombreux parmi les ODPC et dispensent peu d'actions de formation au regard du nombre total des actions de formation proposées.

Sur la base des données communiquées par l'ANDPC, aucun organisme de développement professionnel continu de nature publique ne figurait, entre 2019 et 2022, parmi les 50 premiers organismes de DPC ayant perçu des financements de l'agence. Cette situation est regrettable au regard des compétences de ces organismes et de leurs professionnels pour proposer des formations de type DPC, ainsi que des prescriptions réglementaires allant dans ce sens¹⁴⁸. Les organismes publics occupent en réalité une place importante dans la formation continue des médecins, mais elle n'apparaît pas reconnue au titre du DPC indemnisé. La réalité de cette place est cependant difficile à quantifier, faute de données disponibles. De nombreux organismes publics ont dans cette perspective acquis la certification Qualiopi¹⁴⁹. Mais ils sont moins nombreux à avoir acquis le label ODPC, suggérant une moindre connaissance ou une moindre motivation à acquérir et déployer l'ingénierie nécessaire à son obtention ainsi que le référencement de chacune des actions de formation qu'ils proposent.

À l'inverse, la régulation mise en œuvre par certains opérateurs, comme l'ANFH et l'Opco santé¹⁵⁰, est plus souple, dans la mesure où ils n'exigent pas de procédure d'enregistrement préalable des organismes ou des actions de formation¹⁵¹. Les contrôles qu'ils réalisent, *a posteriori*, sont ponctuels et non systématiques, tandis que les critères vérifiés se limitent à des aspects administratifs et financiers, qui se traduisent notamment par l'exigence d'une certification Qualiopi.

Or, la conformité au référentiel Qualiopi n'apporte qu'un niveau d'assurance limité quant à la qualité de l'action de formation. Les contrôles portant sur la qualité des processus de sa délivrance, sur le service fait et sur la qualité des actions de formation incombent toujours aux

¹⁴⁸ L'article L. 4021-4 du code de la santé publique dispose que : « *L'université participe, par son expertise pédagogique dans le domaine de la formation initiale et continue des professionnels de santé, au développement professionnel continu* ».

¹⁴⁹ Voir la liste disponible en donnée ouverte : [Liste Publique des Organismes de Formation \(L.6351-7-1 du Code du Travail\) - data.gouv.fr](https://data.gouv.fr)

¹⁵⁰ Cette remarque est également valable pour le FAF PM concernant les actions qu'il accepte de prendre en charge sans enregistrement préalable.

¹⁵¹ Sauf pour les actions s'inscrivant dans les orientations prioritaires et pour lesquelles des remboursements sont demandés à l'ANDPC.

financeurs institutionnels. Du surcroît, cette certification ne couvre pas les enjeux spécifiques liés au secteur de la santé, tels que la prévention des conflits d'intérêts vis-à-vis de l'industrie des produits de santé. Ce mode de régulation n'apparaît ainsi pas de nature à préserver le secteur de la formation continue des médecins de phénomènes de cette nature.

III - Harmoniser et rationaliser la régulation de l'offre

Les conditions de la régulation des organismes et des actions de formation¹⁵² pourraient être révisées, afin de promouvoir un niveau d'exigence élevé, commun à l'ensemble des financeurs institutionnels dans le secteur de la santé, tout en dépassant les limites du système actuel.

A - Assurer la régulation des organismes par un label commun et obligatoire

Actuellement mise en œuvre de façon propre à chaque organisme, selon des critères et procédures différents, la régulation des organismes de formation dans le secteur de la santé pourrait être recentrée autour d'un label commun, condition nécessaire pour bénéficier des fonds publics et pour valider un parcours de formation.

Cette évolution présenterait plusieurs avantages. Elle permettrait de s'assurer que les organismes de formation respectent les mêmes critères et niveaux d'exigence et de garantir la confiance dans leur qualité.

De surcroît, cette approche permettrait de limiter l'empilement des procédures entre opérateurs et d'harmoniser les critères que doivent respecter les organismes de formation. Une telle réforme simplifierait ainsi les démarches pour les organismes de formation, qui n'auraient à se soumettre qu'à l'obtention d'un label unique afin de permettre la prise en charge de leurs formations dans le secteur de la santé. À cet effet, pourrait être instituée une procédure unique d'enregistrement auprès d'un opérateur chargé de son attribution. Au regard de son expertise en matière de régulation, l'ANDPC peut être envisagée pour assurer ce rôle, ce qui supposerait une évolution de ses missions pour qu'y soit intégré le champ de la certification.

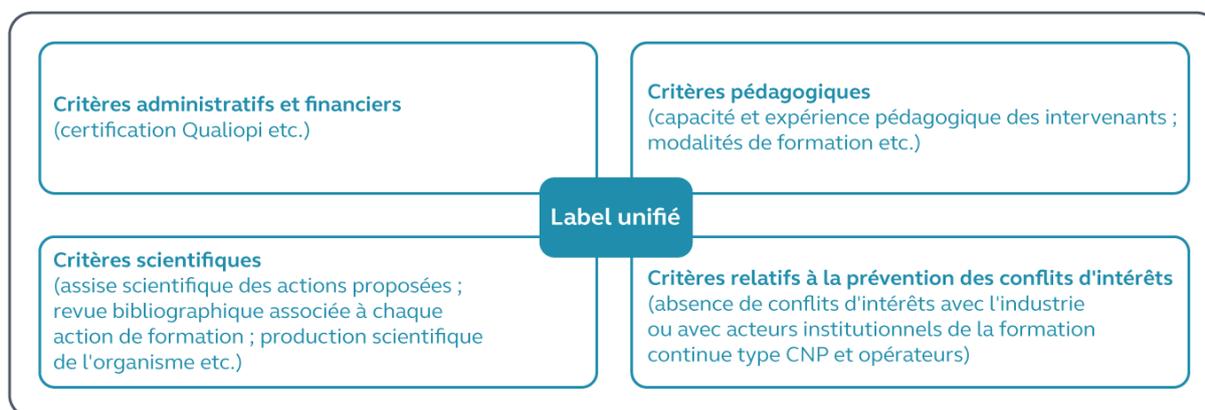
Les critères retenus dans cette approche devraient correspondre à des critères suffisamment exigeants et adaptés à l'ensemble des enjeux du secteur de la santé. À ce titre, il serait possible de s'inspirer de la procédure et du contenu du label délivré par l'ANDPC pour l'octroi du label ODPC, ainsi que de la procédure d'agrément de la Haute Autorité de santé, ces deux organismes vérifiant le respect de critères administratifs et financiers, pédagogiques, scientifiques et de prévention des conflits d'intérêts.

L'obtention de ce label devrait ensuite être renouvelée régulièrement, selon une périodicité à déterminer, mais suffisamment régulière pour garantir la permanence du respect des critères exigés par le label. À défaut de respecter ces critères, des sanctions doivent être prévues,

¹⁵² Ne sont ici concernées que les actions de formation mentionnées dans les référentiels de développement professionnel continu et de certification périodique. En sont *a priori* exclues les formations générales telles que notamment l'enseignement des langues étrangères ou le management.

conduisant notamment au désenregistrement systématique des organismes de formation concernés.

Schéma n° 5 : contenu du nouveau label unifié



Source : création Cour des comptes

Une telle évolution pourrait être utilement envisagée par le législateur, et complétée de dispositions de nature réglementaire, afin d'assurer un niveau d'exigence satisfaisant des organismes de formation, conforme aux enjeux du secteur de la santé.

B - Réorienter la régulation des actions de formation au profit de contrôles renforcés et *a posteriori*

Dans le cadre d'une régulation rendue plus intensive pour les organismes, la régulation de la formation continue des médecins pourrait en contrepartie être rationalisée s'agissant des actions de formation.

La régulation des actions de formation *a priori*, comme la réalise l'ANDPC en imposant une obligation d'enregistrement préalable des actions de formation, pourrait être allégée. Il pourrait par exemple être envisagé, pour l'ANDPC, de ne plus subordonner l'enregistrement de chaque action à un contrôle préalable obligatoire. Ce mode de régulation, en plus d'être consommateur de ressources pour l'ANDPC, entraîne des effets d'exclusion de certains acteurs, sans qu'il permette de prévenir tous les phénomènes de fraude (cf. *supra* le point I. B.1).

Les contrôles *a posteriori* des actions pourraient en revanche être renforcés. La création d'un label harmonisé attribué par un opérateur unique ne dégagerait en effet pas les financeurs de leur rôle dans le contrôle de la qualité effective des formations ainsi que du service fait. Les critères de ce contrôle pourraient être harmonisés au travers d'une grille unique, corrélée aux critères retenus pour l'attribution du label. Les contrôles devraient pouvoir être menés de façon approfondie, sur pièces comme sur place, dans l'esprit des évolutions engagées par le décret du 28 décembre 2023¹⁵³ concernant le droit commun de la formation professionnelle.

Par ailleurs, une comitologie et des procédures spécifiques pourraient être envisagées, entre l'opérateur chargé de l'attribution du label et l'ensemble des financeurs, afin de faciliter

¹⁵³ Décret n° 2023-1396 du 28 décembre 2023 relatif à l'activité des organismes certificateurs et au contrôle exercé par les organismes financeurs en matière de formation professionnelle.

la transmission des résultats de leurs contrôles respectifs sur les actions de formation et sur les organismes de formation labellisés. Ces échanges contribueraient à garantir une offre de formation de qualité et l'efficacité de ce nouveau système de régulation, en responsabilisant les opérateurs dans les contrôles à mener et en tirant les conséquences des résultats de ces contrôles.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

La régulation de l'offre de formation continue des médecins est indispensable afin d'assurer que les actions de formation présentent une qualité suffisante.

Actuellement, elle n'est pas mise en œuvre de la même façon suivant les opérateurs et les employeurs, aussi bien en termes d'exigences attendues que de modalités d'agrément des organismes de formation ou de référencement des actions de formation. Cette disparité des pratiques est de nature à faire peser une incertitude sur la qualité attendue des actions de formation, et par voie de conséquence sur l'impact de ces actions sur l'amélioration des connaissances et des pratiques des médecins. Elle fragilise également la confiance en un système garantissant l'accès des médecins à une formation impartiale et indépendante. La prévention des conflits d'intérêts demeure en particulier un défi qui reste toujours d'actualité, alors qu'en toute transparence, l'industrie pharmaceutique augmente ses financements du secteur de la santé et reste très proche des acteurs de la formation continue.

L'harmonisation des modalités de régulation des organismes de formation, resserrée autour d'un label unique, est de nature à simplifier et renforcer le niveau d'exigence du système. Ce label pourrait être rendu obligatoire non seulement pour percevoir les financements auprès des différents opérateurs, mais également pour permettre la validation des actions dispensées dans les parcours.

Les contrôles menés sur les actions de formation pourraient être réorientés, en allégeant les contrôles a priori et en intensifiant les contrôles a posteriori, suivant une stratégie plus globale et partagée entre différents opérateurs, financeurs et employeurs.

La Cour formule les recommandations suivantes :

- 6. homogénéiser les conditions de régulation des organismes de formation dans le secteur de la santé. À ces fins, créer un label obligatoire au secteur de la santé, dont l'attribution serait confiée à l'Agence nationale du développement professionnel continu (ministère du travail, de la santé et des solidarités) ;*
- 7. renforcer le contrôle des actions de formation, assuré par les financeurs, en privilégiant et intensifiant les contrôles a posteriori. À ces fins, renforcer les possibilités réglementaires de contrôles et de sanctions (ministère du travail, de la santé et des solidarités, Agence nationale du développement professionnel continu, Agence nationale pour la formation permanente du personnel hospitalier et Opco Santé).*

Chapitre IV

Redéfinir des modalités de financement pour maîtriser les coûts et améliorer l'efficience

Au cours des prochaines années, le développement attendu de la formation continue des médecins dépendra de sa capacité à s'adapter à l'augmentation souhaitable des départs en formation, sous l'effet de la mise en œuvre progressive de la nouvelle obligation de certification périodique.

Dès à présent, alors que le financement du développement professionnel continu (DPC) a vocation à être élargi aux actions de certification périodique, il présente des faiblesses qui peuvent être corrigées pour éviter qu'elles ne persistent, voire ne s'amplifient sous l'effet de l'augmentation espérée des départs en formation.

Les modalités de financement devront être redéfinies à la lumière des contextes et des faiblesses spécifiques à chacun des modes d'exercice de la médecine.

I - Des enjeux financiers significatifs pour les finances publiques

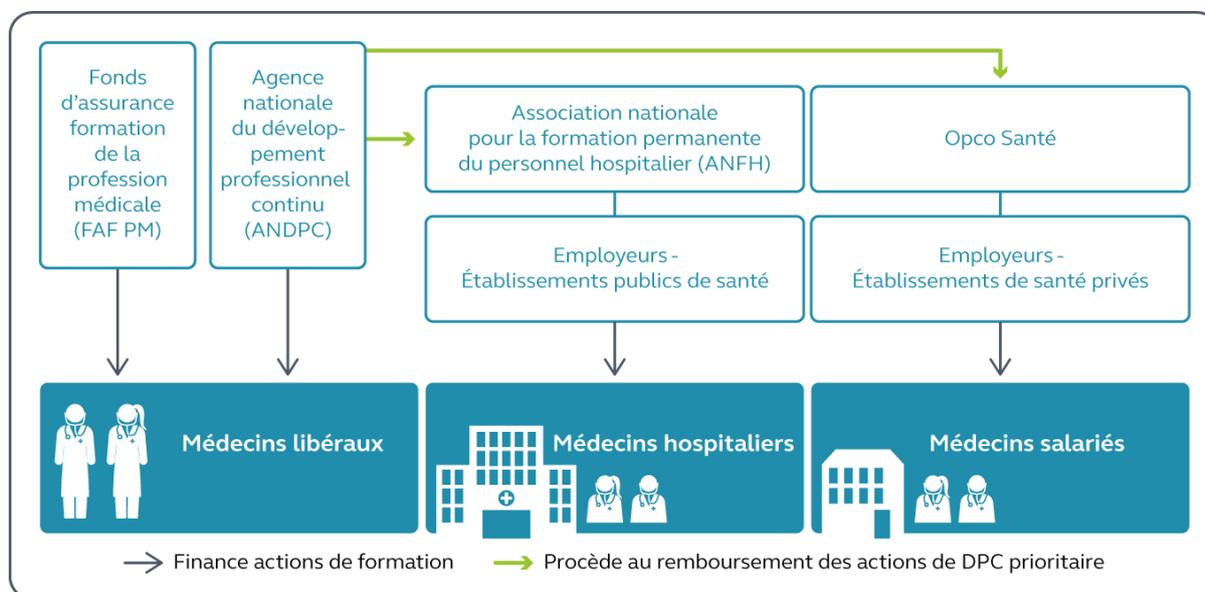
Le coût global de la formation continue des médecins représente des enjeux financiers, difficiles à évaluer de manière précise dans leur globalité, mais qui s'élèveraient à près de 140 M€ par an.

Les pouvoirs publics ont longtemps été privés d'informations financières pour prendre leurs décisions et notamment lors de la création de l'obligation de certification périodique pour les médecins ainsi que de son élargissement aux six autres professions de santé à ordre.

Cette méconnaissance perdure en raison de l'hétérogénéité des sources d'informations et de financement et de l'absence de centralisation de celles-ci.

Aujourd'hui, la connaissance des dépenses de formation continue des médecins reste variable suivant que les médecins sont libéraux, hospitaliers ou salariés. Cette connaissance dépend des sources de financement spécifiques à chacun des modes d'exercice et des systèmes d'information des opérateurs de compétences et des employeurs.

Schéma n° 6 : les différents opérateurs de la formation continue des médecins



Source : création Cour des comptes

A - L'absence préjudiciable d'informations financières portées à la connaissance des parlementaires

Le législateur n'a jamais été informé du montant des dépenses de formation continue des médecins. Lors des derniers travaux parlementaires, les études d'impact sont restées muettes sur cette question, aussi bien quant à son niveau qu'à son évolution possible en raison des modifications législatives envisagées.

Ainsi, lors du vote de la loi du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé, le projet de loi ne comportait aucune étude d'impact particulière sur l'article 3, devenu l'article 5 de la loi, qui autorisait le Gouvernement à prendre, par voie d'ordonnance, toute mesure du domaine de la loi relative à l'exercice de la profession de médecin.

De même, lorsque le périmètre des professionnels soumis à la certification, initialement limité aux seuls médecins, a été étendu aux six autres professions de santé à ordre, les parlementaires n'ont été rendus destinataires d'aucune information sur l'impact financier de cette décision, ni pour les seuls médecins, ni pour l'ensemble des professionnels de santé à ordre.

Ce défaut d'information a persisté lors du vote de l'ordonnance du 19 juillet 2021 relative à la certification périodique, privant les assemblées parlementaires d'informations pourtant indispensables pour appréhender les conséquences de leur décision.

Ce n'est que plus d'un an plus tard, que les premiers éclairages financiers ont été rendus publics. Selon un rapport produits par l'Igas en novembre 2022¹⁵⁴, couvrant les sept professions de santé concernées par la certification périodique, le montant total des dépenses engagées a atteint *a minima* 421,5 M€ pour la seule année 2021, soit 2,475 Mds sur une période de six ans¹⁵⁵.

B - Des enjeux financiers significatifs à maîtriser

Les médecins libéraux disposent de plusieurs sources de financement mises à leur disposition au niveau de l'Agence nationale du développement professionnel continu (ANDPC)¹⁵⁶ et du Fonds d'assurance formation de la profession médicale (FAF PM)¹⁵⁷, suivant des règles de gestion différentes et des montants variables.

Le financement de la formation continue des médecins hospitaliers et salariés relève de la responsabilité de leurs employeurs, suivant un corpus juridique rassemblant les règles applicables en matière de formation professionnelle en général¹⁵⁸, de formation professionnelle pour les agents de la fonction publique hospitalière¹⁵⁹ et de développement professionnel continu (DPC)¹⁶⁰.

Au cours de l'année 2023, le montant connu et cumulé des dépenses engagées pour le financement des dépenses de formation continue des médecins a atteint près de 140 M€.

Il s'agit d'un montant minimum, auquel il faudrait ajouter les dépenses financées principalement par l'Opco Santé, par les employeurs, ou à partir du compte personnel de formation.

1 - Un montant cumulé des dépenses connues de formation de plus de 140 M€

Les dépenses de formation des médecins libéraux sont assurées et suivies par l'ANDPC et par le Fonds d'assurance formation de la profession médicale (FAF PM). Il en est de même pour les actions qui s'inscrivent dans le cadre des orientations prioritaires suivies par les

¹⁵⁴ Rapport Igas n° 2022-029R de novembre 2022, relatif à un état des lieux financier du dispositif de certification périodique créé par l'Ordonnance du 19 juillet 2021.

¹⁵⁵ Un tableau détaille les montants engagés par l'ensemble des opérateurs (Cf. le tableau n° 6 – p. 25 du rapport de l'Igas).

¹⁵⁶ Cf. les articles R. 4021-7 et R. 4021-22 du code de la santé publique.

¹⁵⁷ En application de l'article L. 6331-48 du code du travail, les médecins libéraux doivent consacrer chaque année, au financement des actions de formation professionnelle, une contribution qui ne peut être inférieure à 0,25 % du montant annuel du plafond de sécurité sociale. Cette contribution est portée à 0,34 % pour les médecins qui bénéficient du concours de leur conjoint collaborateur. Pour l'année 2022, ces contributions ont atteint respectivement 103 € (41 136 € * 0,25 %) et 140 € (41 136 € * 0,34 %).

¹⁵⁸ Loi n° 2014-288 du 5 mars 2014 relative à la formation professionnelle, à l'emploi et à la démocratie sociale ; loi n° 2018-771 du 5 septembre 2018 pour la liberté de choisir son avenir professionnel.

¹⁵⁹ La loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 modifiée portant droits et obligations des fonctionnaires reconnaît, en son article 22, le droit à la formation professionnelle tout au long de la vie des agents publics ; décret n° 2008-824 du 21 août 2008 relatif à la formation professionnelle tout au long de la vie des agents de la fonction publique hospitalière ; décret n° 2022-1043 du 22 juillet 2022 relatif à la formation et à l'accompagnement personnalisé des agents publics en vue de favoriser leur évolution professionnelle.

¹⁶⁰ Article R. 4021-22 II du code de la santé publique : « *Les employeurs publics et privés concourent au financement des actions de DPC de leurs salariés professionnels de santé* ».

médecins hospitaliers et salariés, et pour l'accréditation des médecins et des équipes médicales. Pour les médecins hospitaliers, l'Association nationale pour la formation permanente du personnel hospitalier (ANFH) est en mesure de rendre compte des dépenses réalisées au niveau de ses établissements adhérents.

Tableau n° 7 : dépenses relevant du périmètre de la formation continue (en M€)

	2019	2020	2021	2022	2023
ANDPC – DPC « Guichet »	96,19	73,25	81,20	90,06	86,42
ANDPC – DPC Médical Prioritaire – Remb ANFH	2,80	1,22	1,12	2,05	
ANDPC – DPC Médical Prioritaire – Remb Opco Santé	0,42				
ANFH – DPC Médical	21,78	11,98	18,62	24,18	29,05
Opco Santé	5,12	3,12	3,10	5,03	6,14
CNAM – Organismes Accréditeurs	3,65	3,65	3,65	4,02	4,25
FAF PM	11,50	17,57	8,16	10,98	12,80
Total général	141,45	110,79	115,86	136,31	138,66

Source: ANDPC, ANFH, FAF PM

a) Des dépenses pour les médecins libéraux à hauteur de plus de 97 M€

Les actions de formation des médecins libéraux peuvent être financées par l'Agence nationale du DPC et par le Fonds d'assurance formation de la profession médicale (FAF PM), à partir de leurs contributions obligatoires.

Entre 2019 et 2023, le montant des dépenses de DPC financées par l'Agence nationale du DPC, pour les seuls médecins libéraux, ont eu tendance à diminuer, passant de 96,1 M€ en 2019 à 86,42 M€ en 2023. À la fin de l'année 2023, plus de 43 000 médecins libéraux étaient engagés dans un parcours DPC, sur une population éligible de 131 000 médecins.

Tableau n° 8 : dépenses de DPC pour toutes les professions libérales, dont les médecins

	2019	2020	2021	2022	2023
Médecins biologistes	1 401 919 €	578 394 €	610 629 €	746 185 €	538 630 €
Médecins	94 783 496 €	72 672 041 €	80 592 265 €	89 309 505 €	85 884 243 €
Total général – toutes professions libérales	196 930 744 €	160 713 258 €	182 036 440 €	209 401 782 €	220 308 368 €
% du total	49%	46%	45%	43%	39%

Source : ANDPC

Les dépenses de formation financées par le FAF PM sont sensiblement inférieures. Elles se sont élevées à 11 M€, en 2022.

b) Des dépenses pour les médecins hospitaliers à hauteur de 30 M€

L'Association nationale pour la formation permanente du personnel hospitalier (ANFH) collecte auprès de ses adhérents¹⁶¹ des contributions au titre de la formation professionnelle¹⁶². Pour les médecins, pharmaciens et chirurgiens-dentistes des établissements publics de santé adhérents¹⁶³, la contribution obligatoire s'élève à 0,5 % de la masse salariale des professionnels qu'ils emploient (pour les CHU) et à 0,75 % (pour les autres établissements)¹⁶⁴.

Au titre de l'année 2022, l'ANFH a collecté 29,7 M€ de cotisations, qui ont été intégralement consommées. En 2023, les dépenses de formation continue des médecins hospitaliers financées à partir de ces cotisations se sont élevées à 27,6 M€, pour plus de 26 600 médecins partis en formation, sur une population totale de près de 64 000 médecins hospitaliers dans les 584 établissements adhérents¹⁶⁵.

c) Des dépenses pour les médecins salariés du secteur privé à hauteur de 6 M€

Pour les médecins salariés, les établissements de santé privés versent aux Urssaf les contributions légales¹⁶⁶ et conventionnelles¹⁶⁷. Les taux cumulés de ces contributions varient de 0,55 % à 1,6 % de la masse salariale brute en fonction de la taille et du secteur d'activité. Les fonds collectés sont ensuite reversés à France compétences, qui les mutualise avant d'en redistribuer une partie aux opérateurs de compétence (Opc) auxquels les employeurs adhèrent.

Les dépenses de formation des médecins salariés, réalisées par les établissements et entreprises adhérentes à l'Opc Santé¹⁶⁸, sont passées de 5,12 M€ en 2019 à 6,14 M€ en 2023, avec entretemps deux années exceptionnelles, les années 2020 et 2021, pour lesquelles les montants annuels se sont élevés à 3,1 M€.

¹⁶¹ En 2023, les 584 établissements adhérant à l'ANFH comptaient 63 651 médecins.

¹⁶² L'ANFH collecte :

- 1 - au titre du Congés Formation Professionnelle, une contribution obligatoire de 0,2 % de la masse salariale du personnel non médical ;
- 2 - au titre du Plan de formation, une cotisation versée volontairement de 2,1 % de la masse salariale du personnel non médical ;
- 3 - au titre du Fonds Mutualisé pour le financement des études relatives à la promotion professionnelle qui est une contribution obligatoire de 0,6 % de la masse salariale du personnel non médical.

¹⁶³ En 2022, 579 établissements (soit cinq de moins par rapport à 2021) étaient adhérents à l'ANFH pour la gestion du DPC médical, dont 29 centres hospitaliers universitaires (CHU) et 53 centres hospitaliers spécialisés (CHS).

¹⁶⁴ Le versement à l'ANFH de la cotisation obligatoire fixée par le code de la santé publique peut être minoré à hauteur des 4/5^{ème} de la contribution réglementaire.

¹⁶⁵ Ces chiffres ne comprennent pas les dépenses de formation des médecins exerçant au sein d'établissements non adhérents à l'ANFH. Parmi les organismes non adhérents figurent notamment les hôpitaux de l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris, qui comptent environ 12 100 médecins, ainsi que les CHU de Pointe-à-Pitre et d'Angers.

¹⁶⁶ En application des articles L. 6331-1 et 6331-3 du code du travail, le taux de la contribution légale est de 0,55 % ou de 1 %, suivant que l'établissement emploie respectivement moins de 11 salariés ou au moins 11 salariés.

¹⁶⁷ En plus des contributions légales, les branches professionnelles peuvent décider, par accord collectif, de la constitution d'un fonds de formation spécifique de branche pour financer des actions de formation répondant aux priorités et besoins spécifiques des entreprises. Un accord collectif a été signé par chacune des trois branches de l'Opc Santé : la branche sanitaire, sociale et médico-sociale à but non lucratif, la branche hospitalisation privée et la branche prévention et santé au travail.

¹⁶⁸ Les établissements et entreprises adhérant à l'Opc Santé représentent plus d'un million de salariés couverts par cet organisme, au sein desquels les médecins salariés ne représentent qu'une part très réduite, de l'ordre de 32 145 médecins. Au cours de l'année 2022, l'Opc Santé a géré 645 M€, contribué à près de 600 000 départs en formation, pour un coût total de 621 M€.

d) La suspension en 2023 des remboursements des dépenses s'inscrivant dans les orientations prioritaires

Les employeurs des médecins hospitaliers ou salariés des établissements de santé publics et privés peuvent bénéficier d'une contribution au financement d'actions relevant du développement professionnel continu, s'inscrivant dans le cadre des orientations prioritaires pluriannuelles¹⁶⁹.

Les actions de « DPC prioritaire » qui s'inscrivent dans le cadre des orientations pluriannuelles

Les orientations pluriannuelles prioritaires de développement professionnel continu comportent des orientations définies par profession ou par spécialité, sur la base des propositions des conseils nationaux professionnels, des orientations s'inscrivant dans le cadre de la politique nationale de santé et des orientations issues du dialogue conventionnel avec les représentants des professionnels de santé.

Pour le cycle en cours, couvrant les années 2023 à 2025, 295 orientations ont été arrêtées par le ministre chargé de la santé

Pour être éligibles au financement du « DPC prioritaire », les actions doivent non seulement s'inscrire dans le cadre de l'une de ces orientations, mais également avoir été dispensées par des organismes agréés par l'ANDPC et avoir préalablement été validées par l'agence et publiées dans son répertoire des actions.

Au cours des dernières années, les montants remboursés ont été variables d'une année sur l'autre. En revanche, ces remboursements ont été interrompus avec l'Opco Santé, depuis 2020, et avec l'ANFH, en 2023, en raison de désaccords portant notamment sur le contenu des actions pouvant être financées et sur le rattachement obligatoire de celles-ci à la spécialité d'origine des médecins.

Tableau n° 9 : dépenses de DPC Prioritaire, remboursées aux opérateurs de compétences (y compris frais de gestion)

	2019	2020	2021	2022	2023
<i>ANFH - DPC Médical Prioritaire - Remb ANDPC</i>	2 804 000 €	1 224 000 €	1 124 000 €	2 052 000 €	0
<i>OPCO Santé - DPC Médical Prioritaire - Remb ANDPC</i>	418 000 €	0	0	0	0

Source : ANDPC

¹⁶⁹ Cf. l'article R. 4021-7 du code de la santé publique : « Les missions de l'ANDPC les suivantes : ... 2° Contribuer au financement des actions s'inscrivant dans le cadre des orientations prioritaires pluriannuelles définies à l'article L. 4021-2, concernant les professionnels de santé non-salariés et les professionnels de santé salariés des centres de santé relevant des conventions prévues aux articles L. 162-5, L. 162-9, L. 162-12-2, L. 162-12-9, L. 162-14, L. 162-16-1 et L. 162-32-1 du code de la sécurité sociale ; (...) 4° Contribuer, conformément aux dispositions de l'article R. 4021-22, au financement d'actions de développement professionnel des médecins des établissements de santé et médico-sociaux s'inscrivant dans le cadre des orientations pluriannuelles prioritaires définies à l'article L. 4021-2 ; ... ».

e) Des dépenses d'accréditation des médecins et des équipes médicales, de l'ordre de 4 M€

La Caisse nationale d'assurance maladie assure le financement des organismes accréditeurs (OA), agréés par la Haute Autorité de santé¹⁷⁰.

Le montant annuel des sommes versées aux organismes accréditeurs est passé de 4 M€ en 2022 à 4,25 M€ en 2023¹⁷¹.

2 - Certaines dépenses de formation des médecins impossibles à chiffrer

À défaut de dispositifs de centralisation de ces informations pour l'ensemble des établissements de santé, aussi bien publics que privés, il est impossible de déterminer le montant agrégé des dépenses de formation continue directement financées par ces derniers, ni pour les médecins hospitaliers, ni pour les médecins salariés.

Enfin, les dépenses de formation des médecins salariés éligibles au compte personnel de formation¹⁷², depuis 2015, et des médecins libéraux, éligibles depuis 2018, n'ont pas pu être appréhendées, en raison de l'impossibilité de distinguer les dépenses réglées pour chacune des catégories de professionnels de santé¹⁷³.

3 - Une évolution des dépenses difficile à estimer

Pour les prochaines années, l'évolution du montant des dépenses de formation continue des médecins reste difficile à appréhender en raison des multiples facteurs.

En théorie, il devrait avoir tendance à croître sous l'effet de l'augmentation du nombre des médecins qui s'engageront dans un parcours de DPC et de certification périodique, alors que la population totale susceptible de s'engager représente plus de 130 000 médecins libéraux. L'extension des obligations de formation continue des médecins à deux nouveaux blocs (l'amélioration des relations avec les patients et la prise en considération de la santé personnelle du médecin), et aux actions associées, aura également pour conséquence d'augmenter les besoins de formation à financer.

Dans le même temps, ce montant pourrait aussi avoir tendance à diminuer pour plusieurs raisons. D'abord, si l'obligation de DPC est supprimée, comme proposée dans le présent rapport, la période pour réaliser les actions attendues passerait de trois ans, comme le prévoient actuellement les dispositions du DPC, à six ans, voire neuf ans, comme cela est retenu pour

¹⁷⁰ Avec l'évolution des modalités de financement, intervenue à compter de l'année 2022, chaque OA reçoit 500 € par médecin accrédité libéral comme salarié, ainsi qu'une aide complémentaire d'un montant maximal de 50 000 € dès lors que son financement total est inférieur à 50 000 €. Cf. le décret n° 2021-1668 du 15 décembre 2021 relatif au financement des organismes agréés et l'arrêté du 28 décembre 2021.

¹⁷¹ Ce montant n'inclut pas les sommes versées aux médecins pour aider au remboursement de leurs primes en responsabilité civile professionnelle (de l'ordre de 35,5 M€ en 2019 – données CNAM).

¹⁷² Le Compte personnel formation (CPF) a été institué par la loi n° 2014-288 du 5 mars 2014 relative à la formation professionnelle, à l'emploi et à la démocratie sociale. Mis en œuvre à compter de 2015, le CPF a succédé au et remplacé le droit individuel à la formation (DIF).

¹⁷³ Selon le rapport susmentionné de l'Igas de 2022 sur l'état des lieux financiers de la certification périodique, les dépenses financées par le CPF se sont élevées à 35,7 M€, en 2021, pour l'ensemble des professionnels de santé concernés par la certification.

l'obligation de certification périodique. Cela devrait contribuer à diminuer les départs annuels en formation, sous réserve d'un maintien des actions attendues sur les deux premiers blocs de la certification par rapport à celles du DPC. Par ailleurs, certains médecins pourraient décider de faire valider leur parcours de formation grâce aux actions collectives et aux démarches interdisciplinaires qu'ils mettent en œuvre au sein de leurs établissements de santé ou de structures d'exercice coordonné, comme les y autorise désormais le nouvel article R. 4022-10 du code de la santé publique. Ces actions sont en effet gratuites.

Enfin, il subsiste une inconnue importante, pouvant avoir un impact, soit à la hausse, soit à la baisse, sur l'évolution des dépenses de formation continue des médecins. Les référentiels de certification n'ont toujours pas été arrêtés. Or, leurs contenus ont vocation à fixer les actions à mener, en précisant tant leur nature que leur volume, et auront donc un impact sur l'évolution des dépenses.

C - Une occasion possible de mettre en place un suivi des dépenses de formation

Afin d'être en mesure d'apprécier l'efficacité de la politique publique de formation continue des médecins, une meilleure connaissance du coût des actions menées dans le cadre des parcours de certification périodique des professionnels de santé est indispensable. Le développement du nouveau système d'information, confié à l'Agence du numérique en santé, apporte une occasion de mettre en place un suivi de ces informations.

Ce système a en effet vocation à permettre la collecte, de manière automatisée, d'informations retraçant les actions suivies par les professionnels de santé, que celles-ci soient déclarées par les professionnels eux-mêmes ou par les financeurs ou les employeurs.

Dans le cadre de la finalisation de l'expression des besoins fonctionnels du nouveau système d'information, la direction générale de l'organisation des soins pourrait intégrer le recueil des informations portant sur le coût des actions de formation suivies par les professionnels de santé et sur les sources de financement.

II - Des règles de financement pour les médecins libéraux à resserrer

Pour les médecins libéraux, le financement est actuellement équilibré. Cependant cet équilibre résulte principalement d'une adhésion encore limitée des médecins au développement professionnel continu.

D'ores et déjà, les faiblesses identifiées doivent pousser les pouvoirs publics à faire évoluer les modalités de financement des actions. Une organisation adaptée et de nouveaux dispositifs de régulation financière devront être proposés face à l'évolution probable des départs en formation.

A - Un financement équilibré mais qui profite de l'adhésion encore faible des médecins à la formation continue

Le montant des dépenses de développement professionnel continu des médecins libéraux se situe actuellement autour de 90 M€ par an, pour 43 000 médecins libéraux engagés dans un parcours DPC.

D'ores et déjà, il importe de se préoccuper d'adopter des modalités de financement permettant de maîtriser l'évolution des dépenses publiques correspondantes.

B - Des fragilités liées aux modalités de financement

Les modalités de financement du développement professionnel continu présentent d'ores et déjà des fragilités qui doivent être corrigées, avant que leurs effets ne soient amplifiés, sous l'effet de l'augmentation probable du nombre des départs en formation.

1 - Un financement sous forme de forfait horaire, générateur de surcoûts

Selon une étude des coûts réalisées à l'initiative de l'ANDPC, les modalités de prise en charge des frais pédagogiques génèreraient actuellement des surcoûts importants.

Alors que tous les financeurs de formation (ANFH, Opco Santé, FAF PM) prennent en charge les frais pédagogiques à la session, l'ANDPC les prend en charge sur la base d'un forfait horaire par participant.

En l'état actuel, le montant versé à l'organisme est proportionnel au nombre d'inscrits, alors que les coûts sont fixes, *a fortiori* lorsque les actions sont dispensées en *e-learning* et pour une session d'une journée complète. À terme, cette situation inflationniste pourrait être particulièrement dommageable.

2 - Des coûts systématiquement plus élevés pour les actions de DPC

Ce constat est également confirmé par une étude réalisée à l'initiative de l'ANFH selon laquelle le coût des formations serait systématiquement plus élevé pour celles qui s'inscrivent dans le cadre des orientations prioritaires, proposées par l'ANDPC, que pour les autres formations.

Tableau n° 10 : coût moyen des frais pédagogiques par départ en formation, payé par les établissements publics de santé adhérents à l'ANFH

Année	Plan de formation	DPC non prioritaire	DPC prioritaire
2019	286 €	367 €	477 €
2020	319 €	448 €	541 €
2021	349 €	472 €	580 €
2022	355 €	442 €	500 €

Source : ANFH. Les coûts sont indiqués par départ unique en formation¹⁷⁴

Le coût des formations apparaît variable selon leur nature. Ainsi, les formations de DPC s'inscrivant dans l'une des orientations prioritaires ont un coût moyen supérieur (500 € en 2022) à celles des actions permettant de valider le DPC mais ne s'inscrivant pas dans une orientation

¹⁷⁴ Précision méthodologique : le « plan de formation » correspond à l'ensemble des formations payées aux les établissements de santé adhérents à l'ANFH, toutes professions non médicales confondues pour la partie « Plan de formation », toutes professions médicales confondues pour la partie « DPC non prioritaire » et « DPC prioritaire ».

prioritaire (442 € en 2022, à l'instar des actions non prioritaires du parcours « libre » par exemple, ou d'autres actions non indemnisées au titre du DPC dans le référentiel des CNP).

L'augmentation des coûts des formations relevés au cours des dernières années, et notamment des actions qui s'inscrivent dans le cadre des orientations pluriannuelles, nécessite le lancement d'une réflexion sur les effets d'une trop grande régulation de l'offre de formation. En effet, certains organismes pratiquent des prix d'autant plus élevés que la mise en concurrence semble diminuer sur certains secteurs de ce marché.

Il serait souhaitable de rétablir des conditions de marché propices à une mise en concurrence effective des organismes de formation, notamment en comptant sur l'appui des médecins qui, en tant qu'acteurs économiques, pourraient contribuer à faire diminuer les coûts.

3 - Des interrogations quant à la pertinence de l'octroi des indemnités compensatrices

Actuellement, certains organismes de formation, pourtant labélisés « ODPC », pratiquent un démarchage commercial actif en direction des médecins. Ils les incitent fortement à s'inscrire à l'une de leurs formations, en mettant en avant, non pas l'adéquation de leurs offres de formation par rapport aux besoins de formation des médecins, mais les risques inhérents au non-respect de leurs obligations de DPC et la perspective du versement d'une indemnité compensatrice pour perte de ressources.

Suivant les règles de prise en charge de l'ANDPC, les médecins qui participent à une session de formation peuvent recevoir une indemnisation forfaitaire compensant la perte de revenus, à hauteur de 45 euros par heure de formation.

Dans certains cas, ces versements peuvent s'avérer irréguliers, voire constituer des fraudes, notamment lorsque les organismes de formation procèdent à des « mises en formation de complaisance », sans qu'il y ait eu une participation effective des médecins aux actions de formation. Ces suspicions de fraudes sont difficiles à instruire pour les financeurs, en raison de la difficulté à rassembler les éléments de preuve nécessaires pour les caractériser.

Dans le cadre de la présente enquête, la Cour a tenté d'évaluer le risque que des indemnités compensatrices pour perte de ressources aient été versées à des médecins qui avaient procédé des actes de soin au cours de la même période.

Sur un échantillon de plus de 5 000 médecins ayant participé à une formation d'une journée complète (de sept heures minimum)¹⁷⁵ au cours du premier semestre 2023, seulement une centaine n'a pendant ce temps eu aucune activité de soins facturée à l'Assurance maladie. En revanche, près de 2 000 médecins (soit 40 %) ont cumulé, sur une même journée, une formation et une activité de soins considérée comme « significative ». Cette zone de risque représente 2 945 journées de formation, soit un coût de près d'un million d'euros, pour un seul semestre¹⁷⁶.

¹⁷⁵ Très peu d'actes de téléconsultations ont été facturés lors de ces 891 journées (10 % en moyenne). Par ailleurs, les formations concernées correspondaient de manière prépondérante à des sessions réalisées en présentiel (852 journées de formation, soit 96 % du total).

¹⁷⁶ 2 945 journées * 7 heures * 45€.

Ce rapprochement a également permis d'identifier 891 journées « atypiques », au cours desquelles les médecins concernés ont présenté une activité de soins qui était supérieure à leur activité moyenne. Pour 168 de ces journées « atypiques », plus de 30 actes ont même été facturés par médecin.

Ces résultats présentent toutefois une limite méthodologique, dont l'effet n'a pas pu être quantifié. En effet, les médecins qui partent en formation peuvent se faire remplacer et les actes réalisés par leur remplaçant peuvent être enregistrés sous le numéro RPPS du médecin qu'ils suppléent. Les conditions de reversement des honoraires touchés sont directement négociées entre le médecin et son remplaçant.

Pour autant, au regard des résultats observés, l'existence de cette zone de risque conduit à s'interroger sur la pertinence du maintien du versement de cette indemnité compensatoire, *a fortiori* si des dispositifs de contrôle interne et de lutte contre la fraude ne peuvent pas être mis en place dans des conditions satisfaisantes.

4 - Un nombre important de parcours de formation engagés mais non finalisés

Par ailleurs, les modalités de financement du développement professionnel continu ne favorisent pas la conclusion du parcours de DPC débuté.

Des professionnels s'engagent actuellement dans le dispositif DPC, et bénéficient du financement de leurs actions de formation, sans aller jusqu'au bout de la démarche, c'est-à-dire la validation de leur parcours DPC, faute de réaliser un nombre suffisant d'actions retenues dans les référentiels de DPC.

Ainsi, pour l'ANDPC, « *si 61 % des professionnels éligibles au financement de l'Agence se sont engagés dans le DPC dans le courant du premier triennal et alors même que l'obligation de DPC comporte la nécessité de suivre deux actions d'au moins deux types différents (formation continue, EPP, gestion des risques), seuls 23 % des professionnels s'y conforment* ».

Les modalités de financement pourraient être revues pour contribuer en partie à valoriser la finalisation, voire la validation du parcours de formation.

C - Des évolutions possibles des modalités de financement

Les quelques faiblesses d'ores et déjà identifiées sont suffisantes pour motiver une réflexion sur les pistes d'évolution souhaitables des modalités de financement de la formation continue des médecins.

1 - L'extension annoncée du périmètre des actions à financer

Depuis sa création en 2016¹⁷⁷, l'ANDPC a notamment pour mission d'assurer la gestion financière du DPC des professionnels de santé libéraux conventionnés et des professionnels de santé salariés des centres de santé conventionnés¹⁷⁸.

Avec la création d'une nouvelle obligation de certification périodique, des actions complémentaires sont attendues des médecins libéraux, notamment dans le cadre des deux nouveaux blocs de la certification périodique, à savoir des actions portant sur l'amélioration des relations avec les patients et la prise en considération de la santé personnelle du médecin.

La définition des conditions de financement de ces nouvelles actions relève des travaux de conventionnement entre la Caisse nationale d'assurance maladie et les médecins libéraux.

Au terme de ces travaux, la compétence de l'ANDPC pourrait être étendue au financement non pas seulement des actions du DPC, mais également de la certification périodique.

2 - Des pistes d'évolution de certaines modalités de financement déjà envisagées

Pour maîtriser l'effet inflationniste du financement des actions, l'ANDPC a d'ores et déjà commencé à réfléchir, avec les représentants des professionnels de santé, sur les évolutions des modalités de financement de la formation continue des médecins.

Dans le cadre des travaux préparatoire du prochain cycle triennal 2026-2028, plusieurs pistes sont à l'étude au sein des instances de l'ANDPC :

- la modification des modalités de financement du *e-learning* dans une logique de prise en considération de l'amortissement progressif de l'investissement réalisé par l'organisme de formation et de financement dégressif obtenu par l'agence ;
- le passage d'une logique de paiement direct des frais à une logique de remboursement au professionnel des frais qu'il aura avancés ;
- la clarification du périmètre de l'indemnisation pour perte de ressources.

III - Des modalités de financement pour les médecins hospitaliers et salariés à revoir

Pour les médecins hospitaliers et salariés, le financement de la formation professionnelle est actuellement orienté vers d'autres priorités que le développement professionnel continu et la certification périodique.

¹⁷⁷ L'ANDPC a été créée par la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. Il s'agit d'un GIP réunissant l'État et l'Assurance-maladie. Elle a succédé à l'OGDPC – Organisme gestionnaire du DPC, créé en 2011, qui avait lui-même succédé à un organisme gestionnaire conventionnel, créé en 1999 pour gérer de manière paritaire les fonds de la formation professionnelle conventionnelle, et demeure un GIP réunissant l'État et l'Assurance-maladie.

¹⁷⁸ Cf. l'article R. 4021-7 3° du code de la santé publique.

Dans ces conditions, le financement à partir des crédits qui sont disponibles au titre du « DPC prioritaire » devient une solution à privilégier. Il est indispensable de surmonter les désaccords et d'assouplir certaines règles.

A - Un financement limité, à partir des crédits de la formation professionnelle

Le financement des actions de formation continue des médecins hospitaliers et salariés est actuellement limité en raison des ressources disponibles et des autres priorités en matière de financement de la formation professionnelle, tant au niveau des opérateurs de compétences que des employeurs.

1 - Des ressources limitées au niveau des employeurs publics

Avec une contribution obligatoire pour les médecins, pharmaciens et chirurgiens-dentistes des établissements publics de santé adhérents fixée à 0,5 % de la masse salariale qu'ils emploient (pour les CHU) et à 0,75 % (pour les autres établissements), les enveloppes budgétaires à la disposition des employeurs publics pour financer la formation de ces professionnels imposent des choix.

À titre de comparaison, les contributions obligatoires pour les autres salariés des établissements publics de santé sont collectées par application de taux plus élevés. Ainsi, pour le personnel non médical, les contributions obligatoires sont fixées à 2,1 % de la masse salariale au titre du Plan de formation et à 0,2 % au titre du Congés Formation Professionnelle.

2 - D'autres orientations de financement pour les opérateurs de compétence

Depuis la réforme de la formation professionnelle en 2019, les ressources disponibles sont prioritairement fléchées vers l'apprentissage et vers les entreprises de moins de 50 salariés, ce qui prive les médecins, comme les autres professionnels de santé, de ce financement.

Alors qu'en 2019, le recours à l'alternance pour former les nouveaux professionnels était encore très faible dans les métiers relevant du secteur sanitaire, social et médico-social, le nombre des contrats en alternance a presque doublé entre 2020 et 2022, pour atteindre 17 523 contrats en alternance en 2022, répartis entre 15 174 contrats d'apprentissage et 2 349 contrats de professionnalisation.

Par ailleurs, l'Opco Santé a renforcé son accompagnement des structures de moins de 50 salariés, qui ont des attentes fortes en ce qui concerne l'accompagnement, l'accès à l'information et la mise en réseau, afin d'améliorer l'accès à la formation de leurs salariés. En 2022, 4 178 structures de moins de 50 salariés ont bénéficié d'au moins une formation, et 62 % des salariés de ces structures ont eu accès à au moins une formation.

3 - D'autres priorités pour les employeurs

Les employeurs doivent également concilier plusieurs priorités en fonction de leurs ressources.

Les budgets alloués à la formation ne sont pas extensibles, alors que les besoins de formation dépendent des compétences et de l'expérience des salariés. Les établissements de santé doivent utiliser leurs ressources, non seulement pour que leurs salariés puissent respecter leurs obligations de DPC et de certification périodique, mais également afin de permettre à leurs professionnels de santé d'occuper leurs postes dans de bonnes conditions et de s'adapter aux évolutions. Il en va aussi de leur responsabilité d'employeurs.

B - Une consommation anormalement faible de crédits budgétaires pourtant disponibles

Pour permettre le financement des actions relevant du « DPC prioritaire », examiné *supra*¹⁷⁹, des conventions et avenants à ces conventions sont signés annuellement entre l'ANDPC et chacun des opérateurs, l'Association nationale pour la formation permanente du personnel hospitalier (ANFH), pour les médecins hospitaliers, et l'Opco Santé¹⁸⁰, pour les médecins salariés.

Des enveloppes d'autorisation d'engagement de crédits sont attribuées annuellement en fonction des effectifs de médecins hospitaliers et salariés, rémunérés au 31 décembre de l'année précédente par les établissements de santé affiliés à ces deux organismes.

1 - Une sous-consommation persistante des enveloppes budgétaires disponibles

Le recours aux financements attribués pour la réalisation d'actions de « DPC prioritaire » a progressivement diminué, passant de 10,1 M€ en 2016 à 2 M€ en 2022, et pour être suspendu depuis 2020, avec l'Opco Santé et en 2023, avec l'ANFH, en raison de désaccords persistants entre les opérateurs.

Alors qu'en 2022, l'ANFH disposait d'une enveloppe de 5,6 M€, le montant consommé a été limité à 2 M€. Pour l'Opco Santé, la dernière enveloppe avait été négociée, pour 2019, à hauteur de 1,5 M€ et n'a été consommée qu'à hauteur de près de 420 000 €.

2 - Des désaccords avec les opérateurs qui pourraient s'atténuer

Le recours de plus en plus limité au financement du « DPC prioritaire » s'explique par les nombreux désaccords entre, d'une part, l'État et l'ANDPC et, d'autre part, les opérateurs de compétences.

Pour l'Association nationale pour la formation permanente du personnel hospitalier (ANFH), ces crédits devraient pouvoir être utilisés pour financer toutes les actions de formation continue, et non pas uniquement celles qui relèvent du « DPC prioritaire ». Pour l'Opco Santé, la totalité des coûts de l'action devrait pouvoir être remboursée, c'est-à-dire non seulement les frais pédagogiques, mais également les frais annexes et les rémunérations. Le durcissement des

¹⁷⁹ Cf. dans le chapitre IV, le point I. B.1.d) : *La suspension en 2023 des dépenses s'inscrivant dans les orientations prioritaires.*

¹⁸⁰ Avant 2019, deux autres opérateurs étaient susceptibles de demander des remboursements à l'ANFH : Actalians et Unifformation.

conditions d'éligibilité des actions au « DPC prioritaire » intervenu depuis 2017, a été mal accepté, notamment l'exigence du rattachement aux orientations pluriannuelles prioritaires fixées par arrêté. Or, pour l'État, ce critère est essentiel pour lui permettre d'orienter ces financements sur certaines politiques de santé.

En revanche, deux autres désaccords de fond pourraient être plus facilement surmontés.

Pour être financées, les actions de formation doivent actuellement porter sur des connaissances ou des pratiques qui se rattachent à la spécialité d'origine du médecin. Ce critère d'éligibilité pourrait être assoupli, dans le prolongement des travaux menés par l'ordre des médecins quant à la reconnaissance d'une spécialité d'exercice, en complément de la spécialité de formation initiale des médecins¹⁸¹.

De même, pour les médecins, l'offre de formation proposée par l'ANDPC dans le cadre du « DPC prioritaire » serait actuellement inadaptée. Ce décalage entre l'offre et la demande pourrait s'estomper, sous l'effet de plusieurs mesures, notamment l'assouplissement proposé dans le présent rapport des conditions de régulation de l'offre de formation, au niveau des actions de formation.

C - Une relance possible des actions s'inscrivant dans le cadre des orientations prioritaires

Toutefois, les effets de ces assouplissements dépendront des facilités qui seront mises en place pour permettre aux médecins hospitaliers et salariés de prendre connaissance de cette offre renouvelée de formation, à partir des systèmes d'information développés par leurs employeurs ou de leurs opérateurs.

Les difficultés de développement des systèmes d'information des employeurs et de leurs opérateurs sont réelles et compréhensibles. Jusqu'à présent, pour faciliter la mise en œuvre du « DPC prioritaire », seule l'ANFH avait fait évoluer son système d'information.

L'Opco Santé¹⁸² ne les a pas encore fait évoluer, en raison de la suspension depuis 2020 de la signature des conventions de financement et de l'envoi à l'ANDPC de demandes de remboursements.

Pour faciliter l'accès des médecins à l'offre de formation, une option envisageable pourrait être d'autoriser l'Opco Santé et les employeurs à avoir accès au système d'information de l'ANDPC. Cette solution avait déjà été proposée par l'ANDPC, en 2018, sans qu'aucune suite ne lui soit alors donnée.

Cette solution pourrait être réexaminée, alors que, dans le cadre du développement du nouveau système d'information de la certification, il est attendu que les employeurs puissent communiquer directement la liste des formations suivies par leurs salariés.

¹⁸¹ En novembre 2023, le Cnom a adressé au ministre chargé de la santé et de la prévention cinq propositions visant rétablir la validation des acquis de l'expérience ordinaire, débloquent le verrou de l'exercice exclusif d'une spécialité, permettent un exercice complémentaire en dehors de la spécialité, libérer la prescription des médecins et réguler l'exercice de la médecine esthétique.

¹⁸² Pour l'Opco Santé, le nombre des professionnels de santé concernés par l'obligation DPC est relativement très faible, au regard du nombre total des salariés des établissements privés de santé.

CONCLUSION

Au cours des prochaines années, le modèle de financement de la formation continue des médecins sera mis à l'épreuve de l'augmentation souhaitable des départs en formation des médecins pour respecter leur nouvelle obligation de certification périodique.

Le financement de la formation continue des médecins libéraux est actuellement équilibré, mais il bénéficie d'un taux de respect de l'obligation de DPC encore limité. Les faiblesses déjà identifiées portent sur le financement des actions par des forfaits horaires, générateurs de surcoûts, sur l'octroi des indemnités compensatrices pour perte de ressources et sur l'absence de finalisation d'une grande majorité des parcours DPC engagés. Les réflexions initiées au niveau de l'ANDPC doivent donc être poursuivies.

Pour les médecins hospitaliers et salariés, le financement de la formation est actuellement limité par le niveau des taux des contributions obligatoires à la formation pour les médecins hospitaliers, ainsi que des autres priorités de financement que le DPC et la certification périodique pour les opérateurs de compétence des médecins salariés. Dans ces conditions, les crédits disponibles auprès de l'ANDPC pour financer les actions qui s'inscrivent dans les orientations prioritaires constituent une voie à explorer. Les relations entre, d'une part, l'État et l'ANDPC et, d'autre part, l'ANFH et l'Opco Santé, doivent à cet effet être redynamisées. Grâce notamment aux effets attendus de l'évolution des conditions de régulation de l'offre de formation, les médecins hospitaliers et salariés pourraient profiter de cette source de financement supplémentaire qui leur est proposée, à condition que leurs employeurs et leurs opérateurs de compétences leur en facilitent la connaissance et l'accès.

Liste des abréviations

ANDPC.....	Agence nationale du développement professionnel continu
ANFH.....	Association nationale pour la formation permanente du personnel hospitalier
ANS.....	Agence du numérique en santé
AP-HP.....	Assistance publique – Hôpitaux de Paris
API.....	<i>Application programming interface</i> (Interface de programmation d'application)
ARS.....	Agence régionale de santé
ARS GE.....	Agence régionale de santé Grand Est
CFEF.....	Collège français d'échographie fœtale
CMG.....	Collège de la médecine générale
CMGF.....	Congrès de la médecine générale
Cnam.....	Caisse nationale d'assurance maladie
CNCP.....	Conseil national de la certification périodique
Cnil.....	Commission nationale informatique et libertés
Cnom.....	Conseil national de l'ordre des médecins
CNP.....	Conseil national professionnel
COP.....	Contrat d'objectifs et de performance
CPF.....	Compte personnel formation
DGOS.....	Direction générale de l'offre de soins
DPC.....	Développement professionnel continu
Drees.....	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
EPP.....	Evaluation des pratiques professionnelles
FAF PM.....	Fonds d'assurance formation de la profession médicale
Fehap.....	Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne privés solidaires
FHF.....	Fédération hospitalière de France
FHP.....	Fédération de l'hospitalisation privée
FIF PL.....	Fonds interprofessionnel de formation des professionnels libéraux
FMC.....	Formation médicale continue
FSM.....	Fédération des spécialités médicales
HAS.....	Haute Autorité de santé
HUS.....	Hôpitaux universitaires de Strasbourg
Igas.....	Inspection générale des affaires sociales
Irdes.....	Institut de recherche et de documentation en économie de la santé
LKA.....	<i>Longitudinal knowledge assessment</i> (Evaluation longitudinale des connaissances)
ODPC.....	Organisme de développement professionnel continu
Offrob.....	Organismes et fonds financés par les régimes obligatoires de base
OA.....	Organismes agréés
OGDPC.....	Organisme gestionnaire du développement professionnel continu
Opcosanté.....	Opérateur de compétences de la santé
OPN.....	Orientations prioritaires nationales

RALFSSRapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale

Rosp.....Rémunération sur objectif de santé publique

SGMASSecrétariat général des ministères des affaires sociales