



**Docteur Nicole  
Smolski**  
*Présidente*

**Docteur Pascale Le  
Pors**  
*Vice-Présidente*

**Docteur Yves  
Rebufat**  
*Vice-Président*

**Docteur Olivier  
Duffas**  
*Vice-Président*

**Docteur Bernard  
Planques**  
*Vice-Président*

## **DPC : ANALYSE DU RAPPORT IGAS ET CONSEQUENCES A TIRER SUR LE DPC DES MEDECINS SALARIES**

Mai 2014

Avenir Hospitalier a analysé en profondeur le rapport IGAS, et félicite ses auteurs pour le travail de fond réalisé, sans tabou aucun. Vu qu'il reprend les critiques fortes que nous dénonçons depuis plusieurs années, nous le relayons, et faisons à notre tour des propositions : vidons l'abcès avant qu'il ne s'enkyste.

Ce rapport pointe les dysfonctionnements de l'OGDPC et au-delà, de tout le DPC pour les professions de santé en exercice libéral, comme de son absence de pertinence pour les médecins salariés. Les dysfonctionnements sont relevés avec des termes francs : « épais nuage de problèmes, vices de conception, mauvais réglages, conduite de projet défectueuse, blocages, carapace de scepticisme », auxquels nous adhérons.

Deux points critiques dans ce rapport :

- i) les incohérences du fonctionnement de l'OGDPC et l'échec d'un dispositif unifié pour les professionnels de santé ;
- ii) les vices de fonctionnements et sa dérive budgétaire.
  - Un rapport qui rappelle les incohérences du fonctionnement de l'OGDPC :

L'OGDPC est un outil de gestion créé de novo pour assurer un pilotage centralisé et une indépendance du financement du dispositif de formation continue. Dans les faits, l'OGDPC ne remplit pas ces attentes :

- L'objectif de pilotage centralisé d'une formation rénovée pour tous les professionnels de santé n'est en fait atteint que pour les professionnels de santé du libéral et en sont exclus les salariés, qu'ils soient dans les établissements de santé ou dans d'autres structures. Ce dispositif est donc qualifié de « partiellement unifié » [90]. De plus, la composition de l'équipe de direction, directement héritée de l'OGC (organisme de gestion conventionnel de la formation continue des médecins libéraux), organisme paritaire historique (syndicat de médecins libéraux et représentants de l'assurance maladie) en exclut le monde hospitalier et ses procédures propres. (« Or de par son origine – un organisme dédié au monde libéral – l'OGDPC est victime d'un tropisme. Les procédures propres au monde hospitalier ont été négligées... » [119] et [120] pour les autres médecins salariés.)
- L'objectif d'indépendance n'est pas atteint : le GIP n'a pas obtenue de réelle autonomie du fonctionnement de sa gouvernance : « son autonomie de décision par rapport à l'Etat est quasi nulle » [40].
- L'objectif d'indépendance et d'impartialité n'est pas respecté, les membres des CSI se sont dédouanés de fournir leurs déclarations publiques d'intérêt alors que beaucoup sont liés à des organismes de formation historiques (universitaires, CNGE,...) ou ODPC actuels. Les règles de

**Dr Nicole Smolski**

Service d'Anesthésie Réanimation, Hôpital de la Croix Rousse, 69004 Lyon Cedex

tél. 06 88 07 33 14 ou 04 26 10 93 67

✉ nicole.smolski@snphar.fr

désignation des membres des CSI « n'en garantissent pas nécessairement l'indépendance. C'est particulièrement vrai pour la commission des médecins » [130].

De fait, la gestion est essentiellement déterminée par des forfaits construits pour les professionnels en exercice libéral (pour preuve non relevée dans le rapport, le fait que sur le budget DPC des PH est isolé un poste « traitement » fléché pour financer le remplacement du praticien. Ce qui ampute d'autant l'enveloppe, alors que chacun sait que nous ne sommes pas remplacés !), et l'évaluation des organismes est sous la responsabilité de commissions (CSI) dont l'indépendance, si ce n'est leur représentativité, n'est pas garantie (carence en DPI, nomination sur proposition des CNP ou CNGE sans la vocation scientifique nécessaire à leur mission).

- Un rapport qui pointe l'incapacité pratique et structurelle de l'OGDPC pour faire face à l'ampleur des ruptures induites par la réduction de la formation médicale continue aux principes du DPC.

Trois ruptures sont pointées comme inéluctables, mais que nous nous réservons le droit de critiquer à notre tour :

- **une méthodologie définie par l'HAS** avec 28 méthodes incomplètement définies : sans critiquer le bien fondé de cette méthodologie, **nous pensons qu'elle ne s'applique pas à tous les types de formation**, sauf à faire se contorsionner artificiellement certains formateurs pour rentrer dans les cases.
- **une ouverture du « marché » de la formation au secteur lucratif** : placer notre formation médicale continue au sein des injonctions de l'Europe et de la Directive services nous ramène à voir traiter notre FMC comme un vulgaire objet de consommation : **le dispositif devrait plutôt protéger notre FMC contre la dérégulation totale du marché.**
- **un financement public** en place d'un financement conventionnel et paritaire ou dépendant des influences de l'industrie. **Les principes de ne pas faire dépendre notre FMC des sollicitations de l'industrie sont de bons principes**, auxquels nous adhérons. Cependant, les budgets formation des établissements de santé qui ne sont pas analysés dans le rapport, ne sont pas sanctuarisés via les CME.

Plusieurs vices de conception empêchent l'OGDPC d'être à même de porter positivement le changement induit par ces trois ruptures. Comme les dysfonctionnements cités plus haut, ces vices de conception favorisent une dérive des coûts forfaitaires construits pour le financement d'une formation dédiée aux professionnels libéraux :

- **Une absence de définition des contenus du DPC.** La dérive des coûts fléchés pour les programmes DPC assèche le financement de toutes les autres modalités de formations continues. Une formation longue et exigeante verra son financement limité alors que des formations brèves seront complètement financées.
- **Une absence de sanction ordinale en cas de manquement du professionnel** à ses obligations. La sanction d'insuffisance professionnelle n'est pas adaptée pour les professionnels qui n'auraient pas remplis leurs obligations de DPC.
- Pour les professionnels des établissements de santé ou salariés, **la question de la prépondérance du déontologique sur la subordination au pouvoir de son directeur n'est pas tranchée.**
- **Une absence de procédure d'assurance – qualité des formations délivrées avec un contrôle a priori débordé et un contrôle a posteriori inexistant.** Ceci alors que les méthodes du DPC, et l'ouverture au marché lucratif ont bouleversé et totalement rénové le paysage de l'offre de formation. Le système est de fait permissif avec un risque de sanction d'un défaut de qualité d'une formation extrêmement faible.

**Le vice principal est finalement la réduction de la formation continue au seul DPC « qui a regroupé tous les fonds publics et qui est susceptible d'accaparer les autres sources de financement » [107], à l'encontre de l'esprit de la réforme de 2009 qui était « de faire du DPC un dispositif « de pointe » circonscrit et n'embrassant pas l'ensemble de la formation continue des professionnels de santé » [106].**

Les rapporteurs proposent 4 scénarios pour sortir de l'impasse. De façon surprenante, ces propositions visent toutes à acter le désengagement de l'état (et donc du financement public) et à garantir la libre concurrence entre les acteurs d'un marché de la formation des professionnels de santé : postulat auquel nous n'adhérons pas.

Les trois premiers imposent de corriger les dysfonctionnements ou vices de conception pointés par les rapporteurs. Ce qui les distingue ce n'est finalement que le périmètre de la formation de type DPC. Le premier escompte la correction de l'ensemble des dysfonctionnements et des vices de conception ; les deuxième et troisième proposent de réduire le périmètre du DPC (un allègement) soit aux actions de formation pluri-interprofessionnelles ou de santé publique (solution « hygiéniste ») soit aux actions minimales dont les besoins individuels seront définis par les collègues professionnels (solution « minimaliste »), le reste de la formation continue retombant dans le giron des organismes paritaires (OPCA...). Le quatrième propose de supprimer l'OGDPC pour restaurer le système antérieur (solution « déontologique »), du même type que celui en vigueur pour toutes les professions. En cela, il fait définitivement perdre la lisibilité du financement et de l'offre de la formation continue des professionnels de santé puis son éventuel pilotage unifié (et surtout la singularité du DPC, une obligation préalable d'un organisme de formation pour dispenser un programme DPC).

A nos yeux, c'est avant tout au ministère qui a organisé la subordination du GIP qu'est l'OGDPC de prendre ses responsabilités et de corriger les dysfonctionnements (outil non unifié et partial) comme ses vices de conception (mise en place de contrôle et de sanctions), et au delà de l'OGDPC de revoir totalement le principe du DPC pour les médecins salariés.

Pour autant, il ne faut pas revenir au dispositif antérieur, opaque, inefficace et miné par les conflits d'intérêt avec l'industrie pharmaceutique (ou organismes paritaires) avec en sous jacent le financement des syndicats médicaux de médecins libéraux. Il s'agit de :

- acter que la formation continue des professionnels de santé ne peut se réduire aux seules modalités pédagogiques du DPC identifiées par l'HAS et centrées sur la mise sous qualité des procédures de soins avec le suivi d'indicateur des pratiques professionnelles.
- revoir le processus de gouvernance du GIP,
- servir l'ensemble des professionnels (indépendamment de leur modalité d'exercice),
- revoir la composition des CSI (représentativité et indépendance).

**Au vu de ce rapport qui, dans ses conclusions, postule le désengagement de l'état et l'ouverture de la formation médicale au marché, nous proposons d'autres préconisations. Il convient de manière urgente :**

- **De poser un moratoire sur le DPC des médecins salariés, afin de reprendre la direction de la réflexion et concertation, concertation** spécifique ministère DGOS et représentants des médecins salariés, pour corriger les vices conceptuels et dysfonctionnements du DPC pour les médecins salariés, hospitaliers ou non. Une mission de l'IGAS dans le même esprit que celui de ce rapport mais centrée sur cette composante du DPC serait un bon début.
- **De scinder les principes du DPC, et de la FMC qui ne se recoupent pas forcément.**

- **De clarifier 3 volets différents :**

1. **Les contenus d'un dispositif de DPC, obligatoire et pluriannuel (3 ans ?), axé sur les priorités nationales de santé publique, voire certaines priorités régionales ou territoriales**, et dont les enjeux pédagogiques dominés par la mise sous qualité des pratiques professionnelles sont bien servis par les méthodes DPC identifiées par l'HAS. Ce périmètre est proche de la « solution hygiéniste » ou scénario 2 de ce rapport. Ces programmes pourraient être alors proposés par des ODPC dont les formations seront évaluées et mises sous un contrôle qualité efficient de l'OGDPC alors unifié, pour tous les professionnels de santé quelles que soient leurs modalités d'exercices.
2. Un deuxième périmètre pourrait être **l'acquisition et l'adaptation des pratiques des professionnels au regard des avancées scientifiques au sein de chaque spécialité** et ces programmes pourront être mis en place sur avis de la **CME** en partenariat avec les établissements de santé des professionnels et avec les **sociétés savantes** des spécialités. Pour y arriver, en maintenant les principes de qualité pédagogique et d'indépendance de la formation continue, il serait nécessaire de créer une instance au sein de l'OGDPC, spécifique aux médecins hospitaliers, indépendante et scientifiquement compétente pour traiter les particularités des professionnels de santé salariés et qui aurait une mission de contrôle de la qualité des formations délivrées. Le principe d'une évaluation a priori de l'organisme de formation issu du partenariat établissement et société savante serait alors conditionnée à l'impartialité et l'indépendance de cette instance « hospitalière ».
3. **Le troisième périmètre serait de garantir les besoins individuels de FMC dans le respect déontologique du libre choix du praticien** : les besoins de formation continue individuels sur libre choix du praticien doivent être respectés, notamment si on veut qu'ils adhèrent au dispositif.

- **Les financements doivent être sanctuarisés** : ceux des établissements au titre de la formation, taxe de l'industrie pharmaceutique au titre du DPC obligatoire. Mais l'organisation d'une amputation des sommes consacrées au DPC par l'individualisation d'un poste de financement du remplacement des PH sur les budgets dont la gestion est confiée aux OPCA doit être annulé immédiatement.
- **La place quasi monopolistique de l'ANFH reste à évaluer dans ce dispositif**. Organisme de gestion financière uniquement ? Ou implication dans le processus d'assurance qualité des formations ?
- Il serait utile d'inclure dans les critères de certification de l'HAS des établissements de santé l'évaluation de la gestion financière et de la qualité de la FMC et du DPC réalisés par les professionnels de santé.