

Depuis son inscription en 1979 dans le Code de déontologie des médecins et son inscription en tant qu'obligation légale en 1996, la formation continue des professionnels de santé a connu des transformations importantes. Après la création du développement professionnel continu (DPC) en 2009 par la loi Hôpital, patients, santé et territoire (HPST), une nouvelle réforme d'ampleur est en cours début 2016 (encadré 1).

45 % des professionnels ont suivi une formation financée par l'OGDPC en 2014

L'Organisme gestionnaire du DPC (OGDPC), créé en 2009 par la loi HPST – et qui sera transformé en

Agence nationale du DPC en 2016 – est un groupe d'intérêt public piloté par l'État et l'Assurance maladie (encadré 1).

Entre 2013 et 2015, 45 % des professionnels éligibles à une formation continue financée par l'OGDPC – c'est-à-dire les professionnels libéraux ou à exercice mixte majoritairement libéral et les salariés des centres de santé conventionnés – ont suivi une formation financée par cet organisme (tableau 1). Cette proportion varie selon la profession. Les pharmaciens sont, de loin, la profession pour qui la participation est la plus forte, avec 88 % des professionnels éligibles ayant suivi une formation prise en charge par l'OGDPC. À l'inverse, les chirurgiens-dentistes,

Encadré 1 Le dispositif de formation continue

Aux origines du développement professionnel continu

En 1979, l'obligation de formation médicale continue (FMC) est inscrite dans le Code de déontologie des médecins. Les conventions médicales signées avec les organisations syndicales de médecins libéraux en 1990 puis en 1993 créent une formation conventionnelle des médecins libéraux avec un financement par l'argent public comportant l'indemnisation des professionnels au titre de la perte d'activité.

En 1996, la formation médicale continue devient une obligation légale pour tous les médecins. Sa méconnaissance peut entraîner des sanctions disciplinaires par le Conseil régional de l'Ordre. En 1999 est introduit par décret le concept d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) en médecine libérale. Les modalités de mise en œuvre de la FMC sont revues en 2002 : son objectif est « l'entretien et le perfectionnement des connaissances, y compris dans le domaine des droits de la personne ainsi que l'amélioration de la prise en charge des priorités de santé publique ». En 2004, le champ de la FMC s'élargit pour intégrer « l'amélioration de qualité et de la sécurité des soins », donc explicitement la modification des pratiques des médecins.

En 2004 est également instituée une obligation d'EPP, dans le Code de déontologie mais aussi dans la loi. Les modalités de l'EPP sont définies en 2007 par la HAS comme « l'analyse de la pratique professionnelle par référence à des recommandations et selon une méthode élaborée ou validée par la Haute Autorité de santé et incluant la mise en œuvre et le suivi d'actions d'amélioration des pratiques ».

Pour valider son obligation de FMC, un médecin doit valider un nombre déterminé de crédits.

La formation professionnelle conventionnelle

Ces dispositifs coexistent alors avec les actions de formation professionnelle mises en place dans le cadre des conventions avec l'Assurance maladie. La formation professionnelle conventionnelle (FPC) a été établie dans le cadre de la convention médicale de 1990 pour les médecins généralistes libéraux et les médecins salariés des centres de santé conventionnés, puis étendue aux médecins spécialistes (convention de 2005).



La convention médicale de 1993 précisait que la formation médicale continue est un élément essentiel de la qualité et du bon usage des soins et qu'elle concourt à la maîtrise médicalisée de l'évolution des dépenses.

La loi HPST de 2009 crée le DPC

Deux rapports de l'IGAS (d'Autume, Postel-Vinay, 2006 et Bras, Duhamel, 2008) identifient plusieurs problèmes liés au dispositif existant : la définition par la loi des finalités de la FMC mais pas de ses modalités, la diversité des modalités de formation des médecins libéraux reconnues dans le cadre des lois de 2004, l'existence de conflits d'intérêts (liés à la confusion au sein de certains organismes entre responsables syndicaux, décideurs, et organismes offreurs de formation créés à l'initiative des mêmes syndicats), une offre restreinte émanant pour l'essentiel d'organismes de formation créés par la profession et des velléités de financement par l'industrie pharmaceutique diversement reçues par les médecins.

À la suite des préconisations issues de ces rapports, la loi Hôpital, patients, santé et territoire (HPST) du 21 juillet 2009 a fixé les objectifs de ce qui se nomme désormais le développement professionnel continu (DPC) : évaluation des pratiques professionnelles, perfectionnement des connaissances, amélioration de la qualité et la sécurité des soins, prise en compte des priorités de santé publique, maîtrise médicalisée des dépenses.

Elle réaffirme le caractère obligatoire du DPC et l'étend, quel que soit leur mode d'exercice, aux autres professions de santé. La loi le clarifie également en fusionnant les dispositifs complémentaires de la FMC et de l'EPP. Le professionnel satisfait à son obligation de DPC, dès lors qu'il participe chaque année à au moins un programme de DPC conforme aux orientations arrêtées chaque année par le ministère chargé de la Santé, comportant des méthodes et modalités validées par la HAS et mis en œuvre par un organisme de DPC enregistré par l'OGDPC, groupement d'intérêt public que crée la loi et qui a pour mission de gérer le DPC.

Tout organisme public ou privé qui remplit certains critères peut alors déposer un programme de DPC auprès de l'OGDPC. Les professionnels libéraux et les salariés des centres de santé peuvent choisir leur programme de DPC librement dans cette liste. L'OGDPC prend en charge, grâce à un financement de l'Assurance maladie, les frais pédagogiques facturés par les organismes (dans la limite d'un forfait défini par profession) et indemnise les participants pour leur manque à gagner professionnel. Pour les salariés qui exercent hors centre de santé, le DPC est financé par l'employeur, qui est tenu de prendre les dispositions permettant aux professionnels de respecter leur obligation de DPC. Les médecins salariés bénéficient toutefois d'un financement complémentaire de l'OGDPC.

La réforme de 2016

Un nouveau rapport de l'IGAS (Deumie, George, Natali, 2014) dresse un état des lieux du fonctionnement du dispositif : en 2014, près de 129 000 professionnels et, en particulier, près de 25 % des praticiens hospitaliers, se sont inscrits à un programme de DPC. Le rapport formule plusieurs critiques sur le nouveau dispositif : pas de contenu précis derrière cette obligation annuelle, manque de moyens de financement, procédure d'évaluation des programmes proposés ne permettant pas un réel contrôle de leur qualité.

À la suite de ce rapport, une nouvelle réforme se prépare à partir de la fin de l'année 2014, en concertation avec les professionnels. La réforme a pour ambition d'assouplir la réglementation, d'assurer la soutenabilité financière du dispositif et de redonner la main aux professionnels.

Le périmètre de l'obligation est redéfini : le DPC est une démarche globale comprenant des actions de formation continue, d'évaluation des pratiques et de gestion des risques. L'obligation n'est plus annuelle mais triennale. Les professionnels reprennent la main sur le contenu : les Conseils nationaux professionnels (CNP) ont pour mission de définir les parcours types pluriannuels de DPC, d'adapter les méthodes préconisées par la HAS pour sa profession et de contrôler les organismes et les programmes de formation.

Après la publication au Journal officiel de la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016, les décrets d'application sont prévus pour 2016, après concertation avec les organisations professionnelles. La gouvernance est rénovée avec le remplacement à terme de l'OGDPC par l'Agence nationale du DPC (ANDPC).

Tableau 1 Nombre et proportion de professionnels pris en charge par l'OGDPC en 2013, 2014 et 2015

	Nombre de professionnels éligibles	Nombre de professionnels				Proportion de formés par rapport aux éligibles (en %)	Budget 2015 (millions d'euros)
		formés en 2013	nouveaux formés en 2014	nouveaux formés en 2015	formés 2013-2015		
Médecins	130 449	28 870	19 639	10 623	59 132	45	85,0
Infirmiers	109 925	13 736	22 519	14 070	50 325	46	32,0
Pharmaciens	31 589	13 884	11 281	2 739	27 904	88	16,9
Masseurs-kinésithérapeutes	66 498	5 779	9 758	5 920	21 457	32	11,0
Chirurgiens-dentistes	37 013	3 411	5 465	2 908	11 784	32	5,0
Pédicures-podologues	13 005	967	1 648	1 471	4 086	31	2,3
Orthophonistes	19 018	974	3 891	3 771	8 636	45	6,0
Sages-femmes	5 577	1 256	1 361	765	3 382	61	2,5
Orthoptistes	2 820	453	613	266	1 332	47	1,0
Total	415 894	69 330	76 175	42 533	188 038	45	161,7

Sources > OGDPC, 2015 ; DREES, 2015, pour la population éligible, constituée par les professionnels de santé libéraux, salariés d'un centre de santé conventionné et par ceux ayant une activité mixte (majoritairement libérale).

Tableau 2 Effectifs d'élèves en formation continue dans les établissements de formation en 2014

Professions	Élèves en formation continue	
	Effectifs	Proportion de l'effectif total (en %)
Formations de base	1 121	2
Ambulanciers	88	3
Infirmiers diplômés d'État	303	1
Sages-femmes	-	-
Masseurs-kinésithérapeutes	-	-
Techniciens en analyse biomédicale	-	-
Auxiliaires de puériculture	106	2
Aides-soignants	548	2
Pédicures-podologues	1	-
Manipulateurs d'électroradiologie médicale	-	-
Ergothérapeutes	-	-
Psychomotriciens	-	-
Préparateurs en pharmacie hospitalière	75	19
Formations de spécialisation	317	8
Infirmiers-anesthésistes	24	4
Infirmiers de bloc opératoire	45	18
Cadres de santé	198	13
Infirmières puéricultrices	50	4
Total	1 438	2

Champ > Élèves de première année.

Source > DREES, enquête Écoles 2014.

masseurs-kinésithérapeutes et pédicures-podologues sont les professions pour qui elle est la plus faible (31 % à 32 %).

Pour les salariés qui exercent hors centre de santé, le DPC est financé par l'employeur. En 2013, 13 000 praticiens hospitaliers, soit près de 25 % d'entre eux, ont suivi un programme de DPC (Deumie *et al.*, 2014).

L'OGDPC dispose d'un budget d'environ 200 millions d'euros, consacré à plus de 80 % au financement des programmes de DPC monoprofessionnels. Il a proposé en 2015 plus de 66 000 dispositifs de formation différents – dont 22 000 créés en 2015. En moyenne, 6 200 programmes étaient proposés par profession et en particulier 29 000 pour les médecins et 12 000 pour les pharmaciens.

Les élèves en formation continue représentent 2 % des effectifs des établissements de formation

Pour certaines professions de santé, une partie de la formation continue s'effectue au sein d'établissements chargés de la formation initiale. Sur les 16 professions qui relèvent des centres de formation délivrant des diplômes sous tutelle du ministère de la Santé (encadré 2), 2 % des élèves en formation sont présents au titre de la formation continue (tableau 2). Cette proportion est toutefois particulièrement élevée dans les centres de formation de certaines professions et notamment pour les formations de spécialisation (8 % en moyenne, et jusqu'à 18 % pour les formations

d'infirmiers en bloc opératoire) qui sont dispensées à des professionnels ayant déjà exercé, et qu'ils sont donc particulièrement susceptibles de suivre au titre de la formation continue.

Les médecins généralistes consacrent en moyenne 13 demi-journées par an à la formation continue

Les médecins généralistes déclarent consacrer 13 demi-journées en moyenne par an au versant formation de leur activité – une partie pouvant avoir lieu au sein de leur cabinet (Jakoubovitch *et al.*, 2012), d'après des données collectées en 2011 (encadré 3) sur l'emploi du temps de ces médecins : 10 % y ont consacré au maximum une demi-journée (ou soirée) dans l'année, et 10 % trente demi-journées ou plus. En outre, les médecins généralistes déclarent passer en moyenne 2 heures au cours de la semaine à la lecture de journaux ou d'articles médicaux ; 22 % y ont consacré trois heures ou plus.

Les pratiques varient légèrement selon les caractéristiques des médecins. Les hommes consacrent ainsi légèrement plus de temps que les femmes à la formation continue (13,3 demi-journées contre 12,7). L'âge augmente la prédisposition à se former : 14,2 demi-journées pour les médecins de plus de 56 ans, contre 11,7 pour les moins de 49 ans. Exercer en milieu urbain, mais aussi prodiguer un nombre d'actes plus faibles, sont également des facteurs liés à un surcroît de temps dévolu à la formation continue.

Encadré 2 L'enquête auprès des établissements de formation aux professions de santé de la DREES, principale source sur les formations aux professions non médicales

L'enquête auprès des établissements de formation aux professions de santé, enquête Écoles, est une enquête exhaustive réalisée annuellement depuis 1980 par la DREES auprès des centres de formation délivrant des diplômes sous tutelle du ministère de la Santé et de leurs étudiants. Le champ de l'enquête couvre ainsi douze formations de base (infirmier, sage-femme, masseur-kinésithérapeute, pédicure-podologue, ergothérapeute, psychomotricien, manipulateur d'électroradiologie médicale, technicien de laboratoire médical, ambulancier, aide-soignant, auxiliaire de puériculture et préparateur en pharmacie hospitalière) ainsi que quatre formations de spécialisation (puéricultrice, infirmier anesthésiste, infirmier de bloc opératoire et cadre de santé). Elle recueille deux types d'informations : des données individuelles, collectées auprès de chacun des étudiants (sexe, âge, niveau de formation, mobilité géographique...) et des données agrégées par formation, fournies par les établissements.

Avant la réforme de 2009, les trois quarts des médecins généralistes participaient déjà à des séances de formation médicale continue

Des données plus anciennes ont été collectées au printemps 2008 auprès de médecins généralistes installés dans les cinq régions interrogées dans le cadre du premier panel des médecins généralistes (encadré 2). Antérieurs à l'adoption de la loi HPST du 21 juillet 2009 (encadré 1), ces résultats présentent un intérêt tout particulier : ils décrivent l'état des pratiques avant l'entrée en vigueur d'une réforme visant notamment à rendre le dispositif de formation médicale plus cohérent, à améliorer sa lisibilité pour les professionnels et à mieux l'adapter aux objectifs de santé publique.

En 2007, plus des trois quarts des médecins généralistes ont participé à des sessions de formation continue, dont la plupart avec une fréquence au

moins trimestrielle (Guerville *et al.*, 2009) et, pour près de la moitié, au moins mensuelle. Parmi les médecins n'ayant pas participé à ces sessions, seule une minorité – 14 % à 38 % selon les régions – a indiqué ne pas ressentir la nécessité de se former.

À cette date, il existe toutefois une variabilité de la participation selon les caractéristiques des médecins, certaines les prédisposant à une fréquentation accrue. Ainsi, ce sont souvent les mêmes médecins qui participent à l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) et pratiquent la formation médicale continue (FMC). Dans le même temps, l'utilisation de sources d'informations actives, comme les recommandations de bonne pratique, les revues à abonnement payant, les sites de la HAS ou des laboratoires pharmaceutiques, ou encore la fréquence élevée de rencontre avec des visiteurs médicaux accroissent les chances qu'un médecin pratique la FMC.

Encadré 3 Les Panels d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale

Depuis bientôt dix ans, la DREES, en collaboration avec les ORS et les URPS-ML de différentes régions, met en place des enquêtes régulières auprès de panels de médecins généralistes libéraux, dont l'objectif principal est d'observer le cadre d'activité, l'environnement professionnel et les rythmes de travail de ces praticiens, ainsi que d'appréhender leurs pratiques de prise en charge et leurs déterminants.

Le **premier panel** (ou « panel cinq régions ») auquel a participé la DREES a été réalisé durant la période 2007-2009, avec le concours de la FNORS, les ORS, les URML-PS et les URCAM de cinq régions : Basse-Normandie, Bourgogne, Bretagne, Provence – Alpes – Côte d'Azur et Pays de la Loire. Il était constitué de 1 900 médecins généralistes exerçant dans ces cinq régions. À raison d'une vague d'enquête par semestre pendant trois ans, ces médecins ont notamment été interrogés sur leur temps de travail et leur satisfaction au travail, sur leurs réseaux professionnels, sur leur opinion vis-à-vis de leur mode de rémunération ou encore sur leur état de santé.

Le **deuxième panel** a été mis en place par la DREES en collaboration avec les ORS et les URPS-ML de trois régions (PACA, Pays de la Loire, Bourgogne) au cours de la période 2010-2012. Ce panel inclut cette fois un échantillon représentatif au niveau national de 1 250 médecins, auquel s'ajoutent trois suréchantillons représentatifs des trois régions partenaires (1 000 médecins environ). Les cinq vagues d'enquêtes ont notamment porté sur les pratiques de vaccination, l'organisation du cabinet et l'emploi du temps des médecins, la prise en charge de la dépression mais aussi celle des personnes âgées dépendantes, ou encore sur l'opinion des médecins face à la coopération avec les infirmiers.

Le **troisième panel** a débuté en 2013 et doit se poursuivre jusqu'en 2017. Les trois régions partenaires impliquées sont les Pays de la Loire, PACA, ainsi que Poitou-Charentes. Comme pour le deuxième panel, il est composé d'un échantillon national (environ 1 500 médecins) et de trois suréchantillons régionaux. Les thématiques abordées portent sur un certain nombre de pratiques de prise en charge : vaccination (vague 1), suivis gynécologiques et de grossesse (vague 2), patients atteints d'un cancer (vague 3) ou de pathologies chroniques (vague 4), patients précaires (vague 5).

Un **quatrième panel** est cours de préparation, il devrait débiter en 2017.

Très probablement, les médecins les plus soucieux d'accès à l'information s'intéressent aussi à l'information délivrée par les visiteurs médicaux qui peuvent offrir des sessions de FMC financées par les laboratoires pharmaceutiques. Par ailleurs, les médecins consacrant une faible part de leur activité aux visites à domicile participent davantage à des séances de FMC, de même que ceux qui exercent en milieu urbain. Enfin, les médecins se déclarant avoir été soucieux d'assurer un équilibre de la répartition de l'offre de soins sur le territoire au moment de leur installation ont plus de chances de participer à des actions de FMC collective. En revanche, le sexe et l'âge des médecins ne semblent pas avoir d'effet sur leur participation à ces sessions.

La disposition des médecins à suivre des sessions de formation varie selon le thème traité

Certains sujets, comme la prise en charge de la dépression, suscitent des demandes particulières. Ainsi, en 2011, les trois quarts des médecins ont déjà

suivi une formation sur le diagnostic ou la prise en charge de la dépression, dont un tiers au cours des trois dernières années (Dumesnil *et al.*, 2012). Si la majorité (84 %) s'estime suffisamment formée sur le diagnostic ou le traitement de la dépression, ils sont toutefois demandeurs de formations complémentaires sur des thèmes précis.

La prise en charge de la dépendance des personnes âgées est un autre exemple. Les trois quarts des médecins déclarent en 2012 avoir suivi au moins une séance de FMC sur les patients âgés, les formations les plus souvent citées étant celles relatives au diagnostic de la maladie d'Alzheimer (56 %) et à la polymédication du sujet âgé (55 %) [Buyck *et al.*, 2014]. À l'inverse, seul un quart des médecins déclarent avoir suivi une séance sur la maltraitance des personnes âgées. Parmi les praticiens n'ayant pas suivi cette formation, deux sur dix indiquent qu'elle les intéresse. Quelle que soit la thématique évoquée autour du patient âgé, les hommes sont, en proportion, plus nombreux que leurs consœurs à déclarer avoir suivi une séance de formation. ■

Pour en savoir plus

- > **d'Autume C., Postel-Vinay D.**, 2006, Mission IGAS relative à l'organisation juridique, administrative et financière de la formation continue des professions médicales et paramédicales, *Rapport IGAS*, n° 2006-002, janvier.
- > **Bras P.-L., Duhamel G.**, 2008, Formation médicale continue et évaluation des pratiques professionnelles des médecins, *Rapport IGAS*, n° 2008-124P, novembre.
- > **Buyck J.-F., Casteran-Sacreste B., Cavillon M., Lelièvre F., Tuffreau F., Mikol F.**, 2014, « La prise en charge en médecine générale des personnes âgées dépendantes vivant à domicile », *Études et Résultats*, DREES, n° 869, février.
- > **Deumie B., George P., Natali J.-P.**, 2014, Contrôle de l'Organisme gestionnaire du développement professionnel continu et évaluation du développement professionnel continu des professionnels de santé, *Rapport IGAS*, n° 2013-126R, avril
- > **Dumesnil H., Cortaredona S., Cavillon M., Mikol F., Aubry C., Rebbah R., Verdoux H., Verger P.**, 2012, « La prise en charge de la dépression en médecine générale de ville », *Études et Résultats*, DREES, n° 810, septembre.
- > **Guerville M.-A., Paraponaris A., Régi J.-C., Vaissade L., Ventelou B., Verger P.**, 2009, « Les pratiques en médecine générale dans cinq régions : formation médicale continue, évaluation des pratiques et utilisation des recommandations de bonne pratique », *Études et Résultats*, DREES, n° 708, octobre.
- > **Jakoubovitch S., Bournot M.-C., Cercier E., Tuffreau F.**, 2012, « Les emplois du temps des médecins généralistes », *Études et Résultats*, DREES, n° 797, mars.