

ATTRACTIVITÉ MÉDICALE

LE MOOC DE LA FHF

COMMENT DÉPLOYER UNE POLITIQUE D'ATTRACTIVITÉ MÉDICALE ?



FÉDÉRATION HOSPITALIÈRE DE FRANCE

POUR ALLER PLUS LOIN :
VOTRE BOÎTE À OUTILS

DPC 2.0 Ready, set, go !

Armelle DREXLER Directrice du pôle affaires médicales, recherche, qualité et stratégie médicale territoriale, Hôpitaux universitaires de Strasbourg

Top départ pour la mise en œuvre, le 1^{er} janvier 2017, d'une nouvelle réforme de la formation continue des professionnels de santé : le décret¹ rénovant le développement professionnel continu (DPC) a enfin été publié le 10 juillet 2016. Ambition de cette réforme : répondre aux critiques soulevées par un rapport de l'Inspection générale des affaires sociales², rédigé avant même la montée en charge du dispositif, lui-même initialement issu des décrets du 30 décembre 2011.

Si le DPC demeure obligatoire et exigible pour chaque professionnel de santé, la manière de remplir cette obligation évolue. Tout comme l'organisation nationale, les modalités de suivi par l'employeur et les modalités d'habilitation des organismes. Quelles sont les étapes à envisager, les nouveautés, les enjeux et points de vigilance ? Quelles sont les décisions à prendre ?

Apprivoiser la réforme

Du programme annuel au parcours triennal

La définition du développement professionnel continu évolue. Certes, l'objectif demeure identique, à savoir l'amélioration de la qualité des soins et des pratiques professionnelles. Mais la manière de répondre à cette obligation pour chaque professionnel de santé est fondamentalement modifiée (voir infra). En effet, le programme de DPC, constitué à partir du moment où l'action comportait à la fois des apports cognitifs

et une analyse de pratiques professionnelles, laisse place à une logique de parcours.

Le parcours est composé de différentes actions obligatoires, non nécessairement directement articulées les unes aux autres. Ces actions se conforment aux méthodes validées par la Haute Autorité de santé (HAS). Parmi les actions du parcours, au moins une action doit répondre à des orientations définies comme prioritaires au niveau national. **SCHÉMA 1** Ces actions ne peuvent être portées que par un organisme habilité. L'obligation de DPC s'appuyait auparavant sur le suivi d'un programme annuel : il repose désormais sur l'engagement dans un parcours de DPC triennal.

De l'OGDPC à l'ANDPC

Tout en conservant la structuration juridique de groupement d'intérêt public entre l'État et l'Assurance Maladie, l'Organisme gestionnaire du développement professionnel continu cède la place à l'Agence nationale du développement professionnel continu (ANDPC).

L'ANDPC, pensée comme la « maison du DPC », assure le pilotage et contribue à la gestion financière du dispositif pour l'ensemble des professionnels de santé, quels que soient leurs statuts ou leurs conditions d'exercice.

L'ANDPC comprend plusieurs instances : une assemblée générale des membres fondateurs du groupement d'intérêt public, un Haut Conseil du DPC des professions de santé (HCDPC), un comité d'éthique, des commissions scientifiques indépendantes, un conseil de gestion et des sections professionnelles. Notons que la publication des textes et la signature de la convention constitutive de l'ANDPC (initialement prévue avant le 1^{er} juillet 2016) ont pris du retard. De sorte qu'un directeur par intérim de l'OGDPC a dû être désigné pour assurer la transition (du 1^{er} juillet à la date de publication du décret remplaçant l'OGDPC par l'ANDPC).

Conseils nationaux professionnels : un rôle central

Les conseils nationaux professionnels (CNP) font figure de petits nouveaux dans le dispositif. Ils y acquièrent immédiatement une place centrale. Les conseils nationaux professionnels sont en effet constitués pour chaque profession de santé, voire pour chaque spécialité, et assurent une représentation des différents modes d'exercice professionnels.

Ils proposent les orientations prioritaires du développement professionnel continu (voir *infra*) ainsi qu'un document de traçabilité des actions suivies par les professionnels, et recommandent un parcours pluriannuel de DPC.

Ils travaillent en lien avec les différentes instances de l'ANDPC, suggèrent des adaptations utiles aux méthodes de développement professionnel continu définies par la Haute autorité de santé et « assurent une veille sur les initiatives de terrain et les besoins des professionnels de santé et communiquent au ministre chargé de la santé et au HCDPC toutes informations ou propositions qu'ils jugent utiles pour évaluer l'intérêt et la pertinence des actions proposées et promouvoir le caractère collectif du DPC en secteur ambulatoire et en établissement de santé³ ».

Précision réglementaire : les conseils nationaux professionnels ne sont pas habilités à exercer des activités en tant qu'organisme de formation ou d'organisme de DPC.

Financement du DPC « médecins » : de la taxe industrie pharmaceutique à la cotisation employeurs

Jusqu'à présent, un programme de DPC pouvait être financé par l'abondement de la taxe sur l'industrie pharmaceutique à partir du moment où un médecin le suivait et si l'établissement public de santé adhérait à l'Association nationale pour la formation permanente du personnel hospitalier (ANFH). À défaut, ou si l'abondement de l'établissement était consommé, le programme était financé sur la « cotisation employeurs » de l'établissement (0,5 % pour les centres hospitaliers universitaires, 0,75 % pour les autres établissements publics de santé). L'abondement de la taxe sur l'industrie pharmaceutique ne financera désormais que les actions répondant aux orientations nationales prioritaires.



Le système repose donc essentiellement sur la « cotisation employeurs » s'agissant des actions non prioritaires du parcours et des actions « hors parcours ».

L'obligation de développement professionnel continu repose désormais sur l'engagement dans un parcours de DPC triennal.

Autrement dit, *avant le DPC*, un congrès médical était directement pris en charge par les laboratoires pharmaceutiques. *Avec le DPC*, à partir du moment où une analyse des pratiques professionnelles y était associée pour constituer un programme de DPC, l'abondement de la taxe sur l'industrie pharmaceutique pouvait financer un congrès. *Avec le DPC 2.0*, si le congrès ne répond pas aux orientations prioritaires nationales, ce dernier sera exclusivement financé sur la « cotisation employeurs ». Les congrès internationaux sont particulièrement concernés. On peut en effet douter de la connaissance qu'auront leurs organisateurs étrangers des orientations prioritaires françaises... mais aussi de la procédure d'habilitation nécessaire afin de mener des actions répondant à ces orientations !

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

2. Rapport de l'Inspection générale des affaires sociales (avril 2014), « Contrôle de l'organisme gestionnaire du développement professionnel continu et évaluation du développement professionnel continu des professionnels ».

3. Art. D.4021-2 du code de la santé publique.

Rendre intelligible le nouveau dispositif

Toute réforme appelle des efforts de pédagogie, parfois malaisés. Il s'agit de susciter l'adhésion, tout du moins la compréhension, des acteurs concernés. Pour la mise en œuvre du dispositif, ces efforts devront se tourner, tout particulièrement, vers les professionnels médicaux. En effet la philosophie du DPC évolue, supprimant la logique de « programme DPC » jusqu'alors seul déclencheur des financements. Cette notion amenait bien souvent à quelques contorsions dans la construction de programme individuel, lesquelles permettaient aux médecins, d'obtenir un (co)-financement de leurs participations aux congrès professionnels, sous réserve de la justification de la participation à une revue morbi-mortalité (ou autre analyse de pratiques professionnelles) au sein de l'établissement public de santé. Les axes de communication à développer auprès des personnels médicaux portent sur les aspects pratiques du DPC 2.0. Les voici résumés à partir des questions suivantes.

Comment remplir son obligation de DPC ?

Le professionnel de santé doit justifier de la réalisation d'un parcours de DPC, libre ou recommandé par son Conseil national professionnel, ou de son engagement dans une démarche d'accréditation.

SCHEMA 1

>> La réalisation d'un parcours de DPC concerne tous les professionnels de santé. Chaque professionnel de santé dispose de trois années pour réaliser un parcours de DPC. *A minima*, chaque professionnel de santé doit suivre deux des trois types d'actions :

- actions de formation,
- actions d'évaluation et d'amélioration des pratiques,
- actions de gestion des risques.

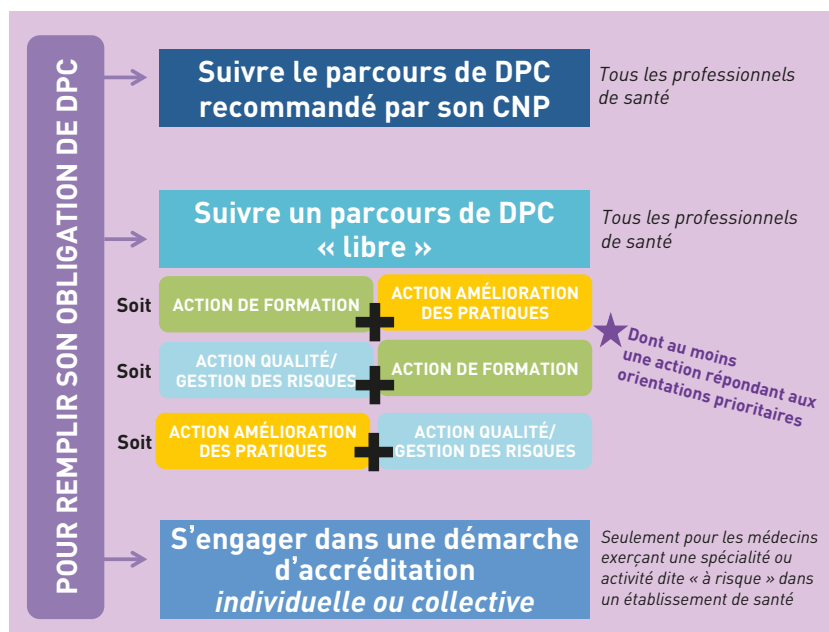
Parmi les deux types d'actions suivies, une action doit répondre à une orientation nationale prioritaire (*voir infra*).

À cette possibilité de parcours libre – bien qu'encadré en termes de catégories d'actions à suivre – s'ajoute la possibilité de suivre le parcours spécifique pour chaque profession et chaque spécialité, tel que recommandé par le Conseil national professionnel compétent. Ce parcours recommandé « décrit l'enchaînement des actions de formation, d'évaluation et d'amélioration des pratiques, et de gestion des risques estimé nécessaire par la profession pour le maintien, l'actualisation des connaissances et des compétences et l'amélioration des pratiques⁴ ».

>> La démarche d'accréditation concerne les seuls médecins exerçant une spécialité ou une activité dite « à risques » en établissement de santé. Il s'agit d'une démarche volontaire et individuelle d'un médecin, ou de la démarche collective d'une équipe médicale ayant notamment une activité d'obstétrique, d'échographie obstétricale, de réanimation, de soins intensifs⁵. Cette démarche volontaire de gestion des risques⁶ est fondée sur la déclaration d'événements porteurs de risques et l'amélioration de la qualité et de la sécurité des pratiques.

L'engagement dans une démarche d'accréditation permettait déjà de remplir son obligation de DPC. Le DPC 2.0 maintient cette possibilité, offrant l'occasion d'une communication renouvelée sur le dispositif. L'accréditation participe à la politique de gestion des risques en établissement de santé, favorise le développement d'une culture de sécurité et répond aux enjeux de la certification des établissements publics de santé. Mais lorsqu'elle s'organise de manière collective, elle s'inscrit de surcroît dans une dynamique d'équipe. Elle favorise en cela les collaborations entre professionnels, et souligne l'investissement de chacun pour la reconnaissance de la valeur de l'équipe médicale dont il fait partie.

COMMENT REMPLIR SON OBLIGATION DE DPC SCHEMA 1



Quelles sont les actions répondant aux orientations prioritaires ?

Au sein de son parcours triennal de DPC, chaque professionnel devra au moins avoir suivi une action répondant aux orientations nationales prioritaires. Ces dernières ont été fixées pour 2016-2018⁷ dans l'arrêté du 8 décembre 2015⁸. Elles sont détaillées en trois annexes : les orientations relatives à la politique nationale de santé qui concernent tous les professionnels de santé, les orientations prioritaires par profession ou spécialité et les orientations qui concernent plus précisément le service de santé des armées mais dont les actions peuvent néanmoins être ouvertes aux autres professionnels de santé. **SCHÉMA 2**

Autrement dit, à la fin de son parcours triennal de développement professionnel continu, chaque professionnel de santé devra avoir suivi une action répondant à une de ces orientations, qu'il s'agisse de priorités de santé publique (par exemple, la prise en charge de la douleur, le signalement des événements indésirables associés aux soins), de priorités professionnelles (par exemple, les nouveautés en pédiatrie pour un pédiatre ou les soins infirmiers du patient en chimiothérapie pour un infirmier) ou de priorités partagées avec le service de santé des armées (par exemple, la médecine de catastrophe pour les professionnels réservistes). Ces exemples d'orientations montrent qu'il peut s'agir d'actions de formation, d'actions d'évaluation et d'amélioration des pratiques professionnelles, mais également d'actions de gestion des risques. Une action de communication relative aux dites orientations prioritaires, ciblées selon le professionnel ou sa spécialité, apparaît nécessaire.

À partir de quand faut-il commencer son parcours DPC ?

La première période de trois ans pour les parcours DPC débute au **1^{er} janvier 2017** et s'achève donc au 31 décembre 2019.

Deux questions sous-jacentes sont posées : les orientations nationales ayant été définies pour 2016-2018, il est vraisemblable qu'elles soient prorogées jusqu'en 2019 de façon à assurer une cohérence des orientations pendant toute la durée du parcours. Autre question : un interne obtenant son diplôme d'État de docteur en médecine et s'inscrivant à l'ordre en novembre 2017 verra-t-il finir son parcours triennal en novembre 2020 ou au 31 décembre 2019, comme tous les professionnels en exercice ? Cette question méritera un éclairage de l'ANDPC, car ni la loi ni le décret ne permettent d'y répondre.

ORIENTATIONS NATIONALES PRIORITAIRES SCHÉMA 2



Comment participer aux actions de son parcours de DPC ?

Quand bien même l'ensemble des actions associées aux actions prioritaires devront être soumises par les organismes porteurs à l'ANDPC pour diffusion sur son site Internet, la nouvelle réforme ne change rien aux circuits d'inscription internes concernant les actions prévues dans le plan de formation. Non

Les axes de communication à développer auprès des personnels médicaux portent sur les aspects pratiques du DPC 2.0.

plus qu'à celles que les professionnels médicaux, pharmaceutiques et odontologiques souhaitent suivre et auxquelles ils s'inscrivent, parfois sans avoir confirmation du (co-)financement par leur établissement.

4. Art. R.4021-4 du CSP.

5. L'article D.4135-1 du CSP précise les spécialités concernées : « Chirurgie générale ; Neurochirurgie ; Chirurgie urologique ; Chirurgie orthopédique et traumatologie ; Chirurgie infantile ; Chirurgie de la face et du cou ; Chirurgie maxillo-faciale ; Chirurgie plastique reconstructrice ; Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire ; Chirurgie vasculaire ; Chirurgie viscérale et digestive ; Gynécologie-obstétrique ; Anesthésie-réanimation ; Réanimation médicale. » D'autres spécialités peuvent être concernées sous réserve de réalisations d'activités interventionnelles ou chirurgicales : « Stomatologie ; ORL ; Ophtalmologie ; Cardiologie ; Radiologie ; Gastro-entérologie ; Pneumologie. »

6. Plus de détails : art. D.4135-1 à D.4135-9 du CSP et site de la HAS (www.has-sante.fr).

7. À noter qu'elles seront sûrement prorogées pour l'année 2019, dernière année du premier parcours triennal.

8. Arrêté du 8 décembre 2015 fixant la liste des orientations nationales du développement professionnel continu des professionnels de santé pour les années 2016-2018.

Comment assurer le suivi de son parcours de DPC ?

Chaque professionnel de santé sera détenteur d'un document de traçabilité électronique intégrant l'ensemble des actions de DPC réalisées dans le cadre de son obligation triennale. Ce document électronique « *strictement personnel*⁹ » est mis à disposition de chaque professionnel par l'ANDPC, quel que soit son statut ou mode d'exercice.

Ce document comportera plusieurs données *a minima*, au regard du parcours type proposé par le conseil national professionnel : identité, actions que le professionnel a suivies classées par ordre chronologique, éléments de preuve (notamment les attestations de participation), synthèse annuelle et triennale.

Le professionnel de santé est « *responsable de la mise à jour de ce document. Il est le seul détenteur d'un droit d'accès en consultation et en écriture*¹⁰ ».

Comment et devant qui justifier son obligation de DPC ?

À l'issue de la période triennale, le professionnel de santé adresse les éléments du document de traçabilité attestant du respect de son obligation de DPC à l'autorité en charge du contrôle de l'obligation – qui diffère selon la profession et le mode d'exercice.

>> Les médecins, les chirurgiens-dentistes, les pharmaciens et les sages-femmes justifient de leur engagement dans une démarche DPC auprès de leur conseil de l'ordre – à l'exception de ceux exerçant au sein du service de santé des armées, dans la fonction publique d'État sans activité clinique, ceux qui sont titulaires d'une collectivité locale ou encore les pharmaciens inspecteurs ou les pharmaciens fonctionnaires, qui justifient leur engagement auprès de leur employeur.

>> Les infirmiers, les masseurs-kinésithérapeutes et les pédicures-podologues justifient de leur engagement dans une démarche DPC également auprès de leur conseil de l'ordre.

>> Les autres auxiliaires médicaux sans ordre professionnel (aides-soignants, diététiciens, auxiliaires de puériculture, manipulateur en électroradiologie médicale, techniciens de laboratoire...) fonctionnaires ou salariés, justifient de leur engagement dans une démarche DPC auprès de leur employeur.

DPC 2.0 ET GROUPEMENTS HOSPITALIERS DE TERRITOIRE

ENCADRÉ 1

Les groupements ne révolutionnent pas la gestion du développement professionnel continu au sein des territoires. L'article L.6132-3 du code de la santé publique prévoit seulement « *la coordination des plans de formation continue et de DPC des personnels parties au groupement* » par l'établissement support.

Les établissements publics de santé parties à un GHT ne perdent en aucun cas leur responsabilité. La référence demeure l'employeur : tant pour le montant de la contribution* de l'employeur que les modalités de calcul (au regard de la masse salariale employée) ou encore les modalités d'adoption du plan de DPC**.

Chaque établissement juridique décide d'adhérer (ou non) à l'ANFH. En termes de gestion administrative, la coordination n'implique ni une fusion des équipes, ni celle des plans de formation.

Si l'ANFH prend des mesures de simplification visant à désigner un correspondant unique pour les établissements parties à un même GHT, chaque groupement hospitalier de territoire est libre de définir ce qu'il entend par « coordination ».

La préparation de la mise en œuvre du DPC 2.0 représente néanmoins une opportunité indiscutable de tester *in vivo* les principes de cette coordination : lecture et compréhension communes des textes réglementaires, ouverture des actions menées par les établissements du GHT aux professionnels des autres établissements parties au groupement, partage d'une méthodologie de travail et mutualisation des ressources disponibles pour obtenir l'habilitation en qualité d'organisme autorisé à mener des actions répondant aux orientations prioritaires ...

Au regard des contextes et sensibilités à l'œuvre dans les différents groupements, tout est possible et tout reste à construire par les acteurs locaux.

* 2,1% + fonds mutualisés pour le personnel non médical ; 0,5% dans les CHU et 0,75% dans les CH pour le personnel médical.

** Par les instances internes, comité technique d'établissement, commission de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques et commission médicale d'établissement.

Quel risque en cas de non-respect de l'obligation de DPC ?

Il convient de noter qu'aucune sanction n'est prévue spécifiquement dans le décret en cas de non-respect par le professionnel de santé de son obligation de DPC. Néanmoins, s'il prévoit l'abrogation d'un certain nombre d'articles du code de la santé publique, ce décret n'a supprimé aucun des articles ou alinéas relatifs à la procédure de contrôle de l'insuffisance professionnelle et aux règles de suspension temporaire des professionnels médicaux et de certains professionnels paramédicaux¹¹. Dans ce cadre, rien n'empêche une sanction d'interdiction temporaire d'exercer pour insuffisance professionnelle par les instances ordinales en raison de non-respect de l'obligation triennale de DPC.

Comment sont catégorisées les actions suivies en 2016 ?

Il faut considérer l'année 2016 comme une année de transition. Les différents types d'actions (formation, analyse de pratiques professionnelles, gestion des risques) peuvent être suivis indépendamment. Les

actions déjà suivies auprès d'organismes DPC sont réputées validantes pour satisfaire à l'obligation de développement professionnel continu pour l'année 2016, sous réserve qu'elles étaient conformes aux actions prioritaires. Ce qu'il faut retenir pour les professionnels de santé, c'est que les actions suivies en 2016 n'auront pas vocation à être intégrées à un parcours.

S'organiser en interne

Enjeu à court terme : construire le plan de DPC et l'articuler avec le plan de formation 2017

Un premier enjeu attend les établissements publics de santé au regard du calendrier de publication des textes d'application (juillet 2016 et pas de date annoncée pour l'arrêté complémentaire) et du début du parcours triennal (1^{er} janvier 2017) : il va s'agir de construire le plan de formation 2017 des professionnels non médicaux... en l'articulant avec un plan de DPC pour lequel les parcours recommandés par les conseils nationaux professionnels ne sont pas encore connus ! Les plans de formation n'étant généralement achevés qu'en octobre, il est fort à parier que les CNP compétents n'aient pas le temps de définir les recommandations de parcours pour la rentrée – condition *sine qua non* pour essayer d'intégrer cette information dans les plans de formation.

Autre interrogation parallèle : les établissements publics de santé qui s'étaient constitués organismes de DPC, et qui désirent se faire habilitier pour porter des actions prioritaires (voir *infra*), n'auront pas plus de certitudes sur leur capacité à mener les actions souhaitées au cours de 2017. De sorte que même si l'on peut saluer la mise en œuvre du parcours au 1^{er} janvier 2017, il n'en demeure pas moins que la phase de préparation est relativement courte et imprécise, en l'absence de publication de tout l'arsenal juridique.

Enjeu à moyen terme : suivre en interne le DPC des professionnels de santé

N'ayons pas peur de le dire : le DPC 2.0, qui se voulait une version simplifiée du DPC, ne remplit pas cet objectif en termes de gestion et de suivi internes. Les services formation des établissements publics de santé seront en effet tenus d'avoir connaissance des différents parcours recommandés par les différents CNP, mais aussi des différentes orientations nationales prioritaires par



© Philippe Chagnon / Cockta Santé

DPC médical : l'abondement de la taxe sur l'industrie pharmaceutique ne financera plus que les actions répondant aux orientations nationales prioritaires.

professionnel et spécialité. Et quoique le document de traçabilité sera alimenté par les professionnels de santé eux-mêmes, il reviendra aux services formation de développer leur expertise afin de répondre à leurs interrogations et d'assurer le suivi des actions auxquelles ces derniers auront participé, ne serait-ce que dans la logique de gestion des compétences désormais à l'œuvre dans bon nombre d'établissements. À ce titre, on ne peut que regretter que la transmission du document de traçabilité à son (futur) employeur ne soit pas prévu réglementairement.

9. Art. R. 4021-2 du CSP.

10. *Idem*.

11. Décret n° 2014-545 du 26 mai 2014 relatif aux procédures de contrôle de l'insuffisance professionnelle et aux règles de suspension temporaire des médecins, des chirurgiens-dentistes, des sages-femmes, des pharmaciens, des infirmiers, des masseurs-kinésithérapeutes et des pédicures-podologues.



De plus, et sans préjuger de l'investissement des professionnels de santé dans le renseignement de ce document, un point reste en suspens : quelle articulation avec le passeport formation pour les professionnels paramédicaux, ainsi qu'avec le compte

Les établissements publics de santé ont intérêt à se constituer organismes de formation, si tel n'était pas déjà le cas.

personnel de formation ? Ce dernier aurait vocation à s'appliquer également aux agents de la fonction publique. Le mille-feuille de suivi individualisé par le professionnel n'est pas une garantie d'efficacité du dispositif.

Point de vigilance majeur : maintenir la dynamique des analyses de pratiques professionnelles

La mise en place du DPC, et l'obligation de constituer des programmes associant l'approche cognitive et l'approche d'analyse des pratiques professionnelles, avait souvent constitué, au sein des établissements publics de santé, un formidable levier de développement et de formalisation d'analyses de pratiques professionnelles (APP).

Dans la mesure où les professionnels de santé ne sont plus contraints à évaluer leurs pratiques professionnelles dans le cadre du DPC, la question se pose très concrètement de savoir comment maintenir cette dynamique. Celle-ci est d'autant plus essentielle que la stratégie

d'EPP, au sein de la politique d'amélioration de la qualité/gestion des risques et de la sécurité des soins, fait partie des éléments d'investigation obligatoires de la certification V2014 des établissements de santé. Élément d'investigation obligatoire, la stratégie d'évaluation des pratiques professionnelles a vocation à être investiguée sous tous ses angles, par tout expert-visiteur, dans tout établissement.

Il paraît donc nécessaire de conserver les instances mises en place lors de la structuration du développement professionnel continu en interne¹², et de maintenir notamment le lien entre commission DPC et commission EPP tel qu'il existait dans bon nombre d'établissements. Le DPC 2.0 invite même à intégrer au sein de la commission DPC (ou commission EPP) les actions de gestion des risques portées institutionnellement et intégrées au plan de formation et au plan de DPC.

Devenir organisme habilité pour porter des actions prioritaires... ou pas

L'établissement public de santé qui souhaite mener des actions répondant aux orientations prioritaires, sera obligé de **solliciter son enregistrement auprès de l'ANDPC**. Malheureusement, les règles du jeu concernant l'enregistrement sont insuffisamment précises : les critères relatifs « à la capacité de

*l'organisme de proposer des actions de DPC et à son indépendance à l'égard des entreprises fabriquant ou distribuant des produits de santé*¹³ » ne seront connus que dans un arrêté ultérieur.

Il convient de mener la réflexion au regard des programmes de DPC actuellement portés parallèlement aux orientations nationales prioritaires. Si la majorité des programmes portés répondent à des orientations prioritaires, l'intérêt de s'enregistrer à nouveau est réel. Si seulement un ou deux programmes correspondent à des orientations prioritaires, il convient peut-être d'attendre l'arrêté relatif à l'enregistrement avant de prendre une décision.

La procédure d'enregistrement des organismes et celles de contrôle des actions sont en effet particulièrement exigeantes. Après enregistrement, l'organisme devra proposer ses actions relatives aux orientations prioritaires à l'ANDPC selon un modèle type, précisé par arrêté. Ces actions seront évaluées par les commissions scientifiques indépendantes (CSI), conformément aux critères retenus par le Haut Conseil du DPC.

Parallèlement, un plan national annuel de contrôle est défini par le HCDPC afin de s'assurer de la qualité de ces actions.

En cas d'évaluation ou de contrôle négatif, et après une procédure contradictoire, l'action peut être retirée de la liste des actions déposées sur le site de l'ANDPC. L'organisme peut aussi perdre son enregistrement (si la majorité des actions contrôlées sont évaluées négativement ou en cas de fausse déclaration ou de manœuvre frauduleuse).

Il existe une **période transitoire** pour les établissements publics de santé qui étaient reconnus organismes de DPC. Après publication de l'arrêté qui précisera les critères d'enregistrement, ces établissements disposent d'un délai de trois mois pour déposer une nouvelle demande d'enregistrement. Les décisions relatives à l'enregistrement seront notifiées dans les neuf mois après la date limite de dépôt de leur demande.

Une précision sera à apporter par l'ANDPC : *quid* des organismes qui étaient en cours de recours avec une des CSI suite à un avis défavorable pour l'agrément en qualité d'organisme de DPC ? Sont-ils assimilés aux organismes enregistrés comme organismes de DPC ? Ou devront-ils remplir la demande d'enregistrement comme des *primo-demandeurs* ?

La question qui ne se pose pas : se faire reconnaître organisme de formation

Qu'ils s'enregistrent ou non pour mener des actions répondant aux orientations prioritaires, les établissements publics de santé ont intérêt à se constituer organismes de formation, si tel n'était pas déjà le cas, dans la mesure où cela permet de mener toutes les actions du parcours hors actions prioritaires et actions hors parcours (anglais, management...). Bénéficier d'un tel agrément permet de porter congrès et colloques sans recours nécessaire à des organismes spécialisés dans l'événementiel, ce qui peut être une source de recettes directes intéressantes.

Qui plus est, les démarches sont faciles : il s'agit pour l'établissement public de santé de « *déposer auprès du Préfet de région compétent une déclaration d'activité dès la conclusion d'une première convention de formation professionnelle continue ou d'un premier contrat de formation professionnelle* ». Cette déclaration d'activité peut même se faire directement sur Internet¹⁴. Jusqu'à la

délivrance du récépissé comportant le numéro d'enregistrement, l'organisme est réputé déclaré. Le préfet donne sa réponse dans les trente jours. Le silence gardé dans ce délai vaut enregistrement de la déclaration. Après chaque exercice comptable clos, l'organisme de formation adresse un bilan pédagogique et financier (en remplissant le formulaire Cerfa correspondant) à la Direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi (DIRECCTE).

Ce sont les seules démarches à effectuer pour mener les actions du parcours hors actions prioritaires et les actions hors parcours, soit la grande majorité des actions qui seront suivies par les professionnels de santé.

La logique du parcours triennal de DPC 2.0 s'installera le 1^{er} janvier 2017. La seconde partie de l'année 2016 appelle en conséquence des évolutions rapides pour tourner la page du DPC tel qu'il avait été déployé, depuis 2013, dans les établissements publics de santé. Les acteurs clés du dispositif sont l'ANDPC, les conseils nationaux professionnels et l'ANFH. Tous trois sont appelés à s'organiser rapidement pour être opérationnels, particulièrement en matière de systèmes d'information.

Quid au sein des établissements publics de santé ? Il apparaît essentiel de relancer la dynamique DPC après le coup de frein lié à l'incertitude du contenu précis de la réforme, notamment par des actions de communication interne dédiées auprès des professionnels de santé. L'objectif est de donner du sens à la réforme tout en définissant une stratégie DPC de nature à répondre aux problématiques internes. Quoiqu'il en soit, cette réforme exige un fort investissement de la direction des ressources humaines, de la direction qualité, de la direction des soins, et de la direction des affaires médicales en lien avec la commission médicale d'établissement (et/ou sous-commission de la CME en charge du développement professionnel continu). Alors faisons un vœu : réalisons deux parcours triennaux, au moins, avant de passer au DPC 3.0 ! ■

12. Lire à ce sujet A. Drexler, L. Mondoloni, S. Brasselet, B. Courtois, « Le DPC... sans être dépassé ! », *Revue hospitalière de France* n° 560, septembre-octobre 2014. www.revue-hospitaliere.fr

13. Art. R.4021-24 du CSP.

14. www.declarationof.travail.gouv.fr/index.php.