

## Loi de santé : Où en est-on du DPC ?

*Dr Christophe Segouin, Secrétaire Générale du SNAM-HP*

Depuis plus de 30 ans, la France essaie de mettre en place un dispositif qui accompagne l'évolution des connaissances et des compétences des médecins qu'elle a formés. Le dernier avatar a été la loi HPST qui a réussi ce prodige de bloquer l'accès à la formation continue de ceux qui font l'effort d'y consacrer du temps et en particulier l'accès à nos congrès nationaux ou internationaux qui sont la base de l'entretien de nos connaissances.

L'intention n'était pourtant pas mauvaise et la démarche imposée fondée sur des preuves scientifiques (on améliore ses pratiques quand on les évalue et pas seulement quand on acquiert des informations nouvelles)...

Le gouvernement a décidé de revoir le dispositif avec les professionnels concernés et de l'intégrer dans la loi de santé (article 28). Je vous propose d'aborder les points qui doivent faire l'objet de notre attention.

### **Retour de la FMC**

Le DPC devient un grand tout qui comprend « des actions de formation continue, d'analyse, d'évaluation et d'amélioration de ses pratiques et de gestion des risques ». A côté du DPC « label HAS », nous sommes donc parvenus à faire revivre la notion de formation continue, hors méthode HAS, également. Nous avons milité pour que la formation continue soit intégrée dans l'obligation de DPC car nous savions qu'elle aurait été condamnée à ne jamais être financée si ce n'avait pas été le cas. Nous devons toutefois rester vigilants du fait que la loi a introduit une nuance dans l'obligation : le DPC « HAS » est prioritaire, alors que la formation continue ne l'est pas.

### **Encadrement du DPC et rôle des CNP**

Dans le cadre de cette obligation qui devient triennale, le médecin a le choix de son DPC. Toutefois, ce dernier est « encadré » à deux niveaux. D'abord par les orientations pluriannuelles prioritaires définies par le ministre de la santé et de la sécurité sociale, ensuite par « le parcours annuel de développement professionnel continu » que son CNP aura proposé. Nous devons rester vigilants sur les décrets d'application. En effet, l'article de loi voté par l'Assemblée Nationale donne aux employeurs une place qui peut être plus ou moins contraignante : « chaque professionnel choisit les actions auxquelles il s'inscrit. Pour les professionnels salariés, ce choix s'effectue en lien avec l'employeur. »

### **Financement**

Au-delà des différentes contraintes que la loi impose, c'est le financement qui devient notre véritable enjeu. Dans notre lettre Convergences-HP de février 2015, nous comparions les niveaux de financement de FMC dans différentes catégories professionnelles et nous faisons remarquer que nous sommes au niveau de la moyenne allouée à la restauration, en tout cas bien loin des professions qui gèrent des risques pour la population comme le nucléaire ou l'aviation. Le financement actuel n'est pas calculé sur la base d'un besoin. Il est juste fondé sur deux enveloppes qui sont le fruit de l'histoire : la cotisation des hôpitaux, dite cotisation employeur (0,75% - 0,50% de la masse salariale médicale, respectivement dans les CH et les CHU) et le financement historique par l'industrie pharmaceutique, actuellement appelé « financement assurance maladie » qui est réparti entre libéraux et hospitaliers (moins de 13M€ en 2015, diminution de 4M€ par rapport à 2014). En bref, les enveloppes disponibles sont faibles au regard des besoins. Pour cette raison, nous plaidons à la fois pour une sanctuarisation

de l'enveloppe FMC et la liberté pour les CME de décider de l'affectation des montants « cotisation employeur ». Pourquoi ? La séparation des enveloppes est indispensable si nous voulons garantir que la FMC soit financée : en effet, comme cela a été dit plus haut (chapitre FMC), la loi a donné au DPC « méthode HAS » un caractère « prioritaire » que la FMC n'a pas. De ce fait, le risque est de financer en priorité ce qui est prioritaire. Dans le cadre d'une enveloppe insuffisante, on imagine bien que le non prioritaire aura du mal à trouver un financement. Les demandes de financement FMC des collègues doivent être traitées localement dans le cadre d'un financement local. Or nos crédits DPC « assurance maladie » sont gérés par l'ANFH (décision nationale qui ne nous appartient pas). Les hôpitaux doivent adhérer pour que leurs médecins accèdent à ce financement. L'ANFH exige jusqu'à maintenant que leurs adhérents leur confient la plus grande partie de leur cotisation employeur pour la FMC. Nous voulons que chaque hôpital ait le choix de gérer ou non cette enveloppe.

### **En conclusion**

Après des années de lutte, nous avons obtenu que la FMC ait, réglementairement, à nouveau droit de cité. Nous restons vigilants sur son financement qui est l'enjeu des années à venir.