



N° 2186

ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958

DIX-SEPTIÈME LÉGISLATURE

Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 2 décembre 2025.

PROPOSITION DE LOI

visant à simplifier le modèle de formation continue des professionnels de santé,

(Renvoyée à la commission des affaires sociales, à défaut de constitution d'une commission spéciale dans les délais prévus par les articles 30 et 31 du Règlement.)

présentée par

M. Thibault BAZIN, M. Pierre CORDIER, Mme Josiane CORNELOUP, M. Julien DIVE, Mme Alexandra MARTIN, M. Patrick HETZEL, M. Vincent DESCOEUR, Mme Virginie DUBY-MULLER, M. Alexandre PORTIER, Mme Marie-Christine DALLOZ, M. Fabien DI FILIPPO, Mme Sylvie BONNET, M. Eric LIÉGEON, M. Fabrice BRUN, M. Hubert BRIGAND, Mme Émilie BONNIVARD, M. Nicolas TRYZNA, Mme Liliana TANGUY, Mme Delphine LINGEMANN, Mme Nicole DUBRÉ-CHIRAT, Mme Lise MAGNIER, Mme Anne-Sophie RONCERET, M. Didier PADEY, M. Bertrand BOUYX, M. Vincent CAURE, M. Stéphane VIRY, M. Sébastien HUYGHE,

députés.

EXPOSÉ DES MOTIFS

MESDAMES, MESSIEURS,

Depuis 2009, les 28 professions de santé définies par le code de la santé publique, représentant 1,9 millions de professionnels, dont près de 500 000 libéraux, sont soumises à une obligation commune de maintien des connaissances et d'amélioration des compétences professionnelles à travers le développement professionnel continu (DPC).

La formation continue des professionnels de santé telle que nous la connaissons est le résultat d'une superposition de procédures et d'obligations construite par des réformes successives, accumulées au fil des vingt dernières années.

Avant 1996, celle-ci n'était qu'une obligation déontologique spécifique aux médecins. Elle est devenue une obligation légale opposable au professionnel de santé, assortie d'une certification des établissements de santé. Elle repose cependant sur une obligation de moyens et non de résultats – ce qui est toujours le cas aujourd'hui, contrairement à d'autres pays comme aux États-Unis, aux Pays-Bas, au Royaume-Uni ou encore au Canada. En 2004, l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) propose une approche réflexive sur les pratiques professionnelles et leur qualité. En 2009, le développement professionnel continu, obligatoire pour la quasi-totalité des professionnels, rassemble les deux dispositifs précédents. Ses trois axes sont ainsi le maintien des compétences, l'évaluation des pratiques et la gestion du risque. Cette obligation est devenue triennale par la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, loi qui crée également l'Agence nationale du développement professionnel continu (ANDPC), GIP composé de l'État et de l'assurance-maladie, chargé de la définition, du financement et du pilotage dudit dispositif.

L'instauration de la certification périodique obligatoire (CP), prévue par la loi du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé, est une nouvelle « couche » ajoutée au millefeuille de la formation des professionnels de santé. Or, plus de trois ans après la publication de l'ordonnance du 19 juillet 2021, les contours de cette obligation, pourtant officiellement entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2023, n'ont toujours pas été précisés par la publication de l'ensemble des décrets attendus. En outre, de nombreuses questions importantes restent en suspens. À titre d'exemple, les projets de référentiels des différents

Conseils nationaux professionnels (CNP) ne sont pas encore harmonisés, malgré une base commune définie par la Haute autorité de santé (HAS), et ne prévoient pas de pondération entre les actions répertoriées, de portée pourtant très variable – assister à un congrès est de fait bien moins engageant que le suivi d’une nouvelle formation diplômante.

Plus en détails, la certification périodique consiste à réaliser au moins deux actions prévues dans chacun des quatre blocs soit au minimum huit actions en six ans. Elle est uniquement obligatoire pour les professionnels de santé à ordre (médecins, chirurgiens-dentistes, sage-femmes, pharmaciens, infirmiers, masseurs kinésithérapeutes et pédicures-podologues), représentant néanmoins plus de la moitié des professionnels de santé – 1,125 million. Son champ couvre les obligations du DPC, mais ajoute deux axes : les relations avec les patients et la santé du professionnel de santé. Grande nouveauté et promesse d’une meilleure efficacité du nouveau dispositif : le manquement à cette obligation peut donner lieu à sanction ordinaire.

L’accumulation des dispositifs depuis vingt ans a abouti à un système fréquemment dénoncé comme complexe et peu lisible, nuisant à ses objectifs initiaux, pourtant unanimement partagés : garantir la qualité du système de soins et sa constante amélioration. Ainsi, actuellement, les actions de formation continue des professionnels de santé 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 (choix de 50,1 % des professionnels en 2023).

S’ajoute à la complexité des dispositifs existants un cadre d’application très restrictif. Aussi, l’enveloppe budgétaire relative au DPC n’est-elle pas étendue à toutes les actions de formation, car celles-ci doivent nécessairement s’inscrire dans le cadre très restreint des fameuses orientations prioritaires. De fait, ne sont validées et financées par l’ANDPC que les actions s’inscrivant dans les orientations prioritaires qu’elle établit par un dialogue triennal avec les CNP et le ministère chargé de la santé. Or, la plupart des CNP font état de difficultés au cours de cet échange. Ceci pose deux problèmes : d’une part le DPC impose seulement qu’au moins une des deux actions obligatoires sur trois ans s’inscrive dans les orientations prioritaires (OP), d’autre part la délégation donnée par l’État à l’Agence pour arbitrer ces OP n’est pas conforme à la loi – qui, textuellement, en confie la rédaction au ministère et aux CNP.

Ensuite, *a contrario* de la philosophie qui devrait guider la pratique médicale, le dispositif actuel témoigne d'une faible valorisation de la démarche pluridisciplinaire dans les formations estampillées « DPC prioritaire ». Or, en réalité, de nombreux médecins sont issus de plusieurs spécialités et nécessitent une formation transversale et diversifiée. Ainsi d'un généraliste exerçant aux urgences ou d'un pneumologue travaillant en réanimation n'ont accès qu'au référentiel de formation de l'ordre auquel ils sont rattachés.

Enfin, force est de constater que la majorité des professionnels de santé ne respectent pas l'obligation de DPC. Mais même cette information résulte de données agrégées peu significatives, qui se traduisent concrètement par un difficile contrôle du respect de l'obligation, doublé d'un non-pouvoir de sanction des organismes en charge. À titre d'exemple, selon une mission de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) dont le rapport a été publié en décembre 2024, seuls 100 186 professionnels parmi les 453 800 relevant de l'ANDPC ont validé leur DPC sur la période 2020-2022, soit 22 % d'une population qui elle-même ne représente qu'un quart environ du total des professionnels de santé. De plus, les salariés n'ayant aucune incitation à déclarer leurs actions de DPC, les données ne sont pas connues, alors qu'ils représentent 75 % des professionnels de santé. De même, selon l'ANDPC, au 31 décembre 2023, 158 055 professionnels de santé se sont inscrits à des actions de DPC 2023, un nombre en baisse de 14,1 % par rapport à 2022.

Pour toutes ces raisons, dans un rapport publié en septembre 2024, la Cour des Comptes préconisait de simplifier le système « *en **supprimant l'obligation de développement professionnel continu** et en ne maintenant que l'obligation de certification périodique. [...] Cette évolution [paraissant] 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.* » Dans le même esprit, mais de façon plus restrictive, la mission IGAS précitée écrivait que « *pour améliorer la lisibilité et la rationalité de ce paysage morcelé, [il est] nécessaire de **supprimer pour les professions à ordres l'obligation de DPC**, qui sous réserve d'aménagements, doit être maintenue pour toute ou partie des professions sans ordre.* ».

L'article 1^{er} de cette proposition de loi fait le choix de **supprimer intégralement l'obligation de DPC**. Il est privilégié de la rendre facultative pour toutes les professions, celles sans ordre – et donc non soumises à l'obligation de CP – comprises, considérant qu'il est une

spécificité française que de l'avoir étendue à l'ensemble des 28 professions de santé. Or, de façon très inégalitaire, seules les professions libérales conventionnées avec l'assurance maladie peuvent bénéficier d'un financement de leurs activités de DPC, excluant ainsi 17 professions couvertes par l'obligation.

Cependant, **cette suppression du DPC pour les professions à ordre ne saurait être une réponse pertinente sans une meilleure intégration du DPC et de la formation continue en général à la certification périodique (CP)**. Ne serait-ce que parce que le contenu du DPC semble présenter une exigence plus grande que la CP – notamment par l'accent mis sur l'actualisation des connaissances et compétences – qu'il serait intéressant de préserver. La quasi-intégralité des acteurs rencontrés par la mission IGAS précitée soulignent la difficulté que représente le maintien en même temps des obligations de DPC et de CP : lisibilité, risque financier, des systèmes de contrôles parallèles, confusion dans la gestion des obligations, systèmes d'information séparés. Les ordres argumentent en faveur de la fusion des dispositifs de DPC et de CP, ou a minima de l'évolution du socle du DPC vers le socle de la CP.

Enfin, dans un rapport remis à l'Assemblée nationale en septembre 2024 relatif à la formation continue des médecins, la Cour des Comptes préconise de « *simplifier les obligations des médecins en ne maintenant que la certification périodique* » car : les objectifs des deux dispositifs sont les mêmes ; l'obligation de CP est plus récente ; « *le maintien des deux obligations simultanées et voisines peut, à l'évidence, outre une grande complexité, apporter un risque de confusion de décisions potentiellement contradictoires* ».

Le principe qui préside à date consiste à maintenir l'ensemble des obligations ou dispositifs existants, en les prenant en compte dans le cadre de la CP. Ainsi, l'ordonnance du 19 juillet 2021 indique que **les actions réalisées dans le cadre des trois modalités d'amélioration et de garantie de compétences « sont prises en compte au titre du respect de l'obligation de certification périodique » – DPC, formation continue hors DPC et accréditation des professions à risque.**

Aussi, les articles suivants tendent à établir un cadre clair et harmonieux entre les différentes modalités de garantie de compétences, en particulier entre le dispositif de développement professionnel continu et le dispositif de certification périodique.

L'article 2 vise à aligner la temporalité du dispositif de DPC sur celui de la CP. En effet, alors que les deux systèmes poursuivent les mêmes objectifs, ils sont établis sur des temporalités différentes. Pour la CP, le début de l'obligation est mobile en fonction de la situation du professionnel, quand celui du DPC est fixe en fonction des dates des périodes triennales établies par l'ANDPC. À noter qu'une telle modification nécessitera une adaptation équivalente de la partie réglementaire du code.

L'article 3 met en œuvre une recommandation de la mission IGAS précitée en **permettant aux conseils nationaux de professionnels (CNP), ou représentants de la profession en l'absence de CNP, d'élaborer des référentiels d'action de DPC**, dans le respect des orientations définies par la HAS. L'objectif est ainsi de pallier l'inadéquation largement déplorée par tous les acteurs des activités des orientations prioritaires de DPC avec les réalités du terrain. Cette disposition est également une mesure d'harmonisation avec les référentiels de la CP déjà définis par les CNP, pour restreindre le nombre d'orientations et de référentiels.

L'article 4 **supprime l'Agence nationale du développement professionnel continu (ANDPC), et dispose que le pilotage du DPC et de la CP est désormais rattaché à la HAS**, conformément à une préconisation de l'IGAS depuis 2008 : *« Il paraît préférable de positionner cette structure au sein de la HAS que de constituer un organisme auprès du conseil national de développement professionnel continu. En tout état de cause, cette structure rend compte de son action devant ce conseil. »*. L'objectif est en particulier d'adosser le DPC à une vision systémique de la qualité et de la sécurité des soins, ce qui est au cœur des missions de la HAS. En outre, dans son rapport le plus récent, la mission IGAS justifiait également la nécessité de cette réorganisation par la crainte d'un manque d'indépendance scientifique du DPC une fois les CNP autorisés à élaborer des référentiels d'action. Ces risques, valables également pour la CP, étant des dérives en termes de gestion ou de pilotage métier autocentré.

L'article 5 complète l'article précédent. **Il fusionne le Haut conseil du développement professionnel continu (HCDPC) – jusqu'alors sans fondement légal – et le Conseil national de la certification périodique (CNCP) – créé par l'article L. 4022-5 du code de la santé publique qui est donc supprimé. Ce nouveau Haut Conseil rend compte à la HAS, qui garantit la cohérence scientifique et déontologique des orientations et référentiels de développement continu et de certification périodique. La**

HAS habilite donc le Haut Conseil à produire des référentiels, mais dans un cadre validé et coordonné par elle.

L'article 6 vise à **unifier les systèmes d'information relatifs aux différentes modalités de formation des professionnels de santé.**

L'article 7 vise à **garantir que l'application de la présente proposition de loi ne vienne pas obérer la prise des décrets relatifs à la mise en œuvre de la certification périodique. Par mesure de conformité avec le « principe de sécurité juridique », il a été choisi de proposer une date précise mais suffisamment lointaine à cet effet. Mais l'idée du législateur est bien que la présente proposition de loi n'entre en vigueur qu'une fois le dispositif de certification périodique intégralement effectif.** En effet, alors que l'ordonnance n° 2021-961 du 19 juillet 2021 prévoyait la publication de plusieurs décrets d'application, deux d'entre eux sont toujours attendus à ce jour. Sans leur promulgation, le dispositif de certification périodique reste inabouti, présentant des problématiques importantes. Pour les mêmes raisons, l'auteur de la proposition de loi enjoint le Gouvernement à reporter au plus vite le début de l'obligation de la CP initialement fixée par la même ordonnance au 1^{er} janvier 2023.

L'article 8 gage la proposition de loi.

En sus de ces articles, l'auteur de la proposition de loi estime que **les mesures visant à harmoniser les référentiels encadrant la certification périodique et le développement professionnel continu pousseront l'administration à mettre en cohérence le financement des deux dispositifs.**

La mission IGAS, citée à plusieurs reprises dans cet exposé des motifs, note que : *« Ces évolutions requièrent des **dispositions de nature législative qui, selon la mission, doivent être prises à brève échéance sauf à demeurer durablement dans un dispositif déséquilibré et à ébranler la confiance des professionnels et des patients.** »*. Aussi l'auteur de la présente proposition de loi espère-t-il que celle-ci pourra prochainement être mise à l'ordre du jour et soutenue.

PROPOSITION DE LOI

Article 1^{er}

- ① Le chapitre I^{er} du titre II du livre préliminaire de la quatrième partie du code de la santé publique est ainsi modifié :
- ② 1° L'article L. 4021-1 est ainsi modifié :
- ③ a) La deuxième phrase est supprimée ;
- ④ b) La troisième phrase est ainsi modifiée :
- ⑤ – les mots : « doit justifier » sont supprimés ;
- ⑥ – les mots : « de son engagement » sont remplacés par les mots : « peut s'engager » ;
- ⑦ 2° À la fin de la première phrase du premier alinéa de l'article L. 4021-3, les mots : « qui permet à chaque professionnel de satisfaire à son obligation » sont supprimés.

Article 2

- ① La quatrième partie du code de la santé publique est ainsi modifiée :
- ② 1° À la troisième phrase de l'article L. 4021-1, le mot : « trois » est remplacé par le mot : « six » ;
- ③ 2° À la deuxième phrase du premier alinéa de l'article L. 4135-1, le mot : quatre » est remplacé par le mot : « six ».

Article 3

- ① Le chapitre I^{er} du titre II du livre préliminaire de la quatrième partie du code de la santé publique est ainsi modifié :
- ② 1° Le troisième alinéa de l'article L. 4021-3 est remplacé par deux alinéas ainsi rédigés :
- ③ « Des référentiels de développement continu définissent, par profession ou spécialité, les actions relevant du champ de la démarche mentionnée à l'article L. 4021-1.

- ④ « Sur proposition de la Haute Autorité de santé et après avis du haut conseil du développement professionnel continu, le ministre chargé de la santé arrête la méthode d'élaboration des référentiels de développement continu. Chaque référentiel, par profession ou spécialité, est arrêté par le même ministre après avis du conseil national professionnel compétent ou, en son absence, des représentants de la profession ou de la spécialité. ».
- ⑤ 2° À l'article L. 4022-7, le mot : « mentionnées » est remplacé par les mots : « relevant du champ de la démarche mentionnée ».

Article 4

- ① I. – Le code de la santé publique est ainsi modifié :
- ② 1° L'article L.4021-6 est ainsi modifié :
- ③ a) La première phrase du premier alinéa est ainsi modifiée :
- ④ – les mots : « Agence nationale du développement professionnel continu » sont remplacés par les mots : « Haute Autorité de santé » ;
- ⑤ – après la seconde occurrence du mot : « continu », sont insérés les mots : « et du dispositif de certification périodique » ;
- ⑥ b) Les deuxième et dernier alinéas sont supprimés ;
- ⑦ 2° L'article L. 4021-7 est ainsi modifié :
- ⑧ a) Au début du 3°, les mots : « Agence nationale du développement professionnel continu » sont remplacés par les mots : « Haute Autorité de santé » ;
- ⑨ b) Au début du 3° *bis*, les mots : « Agence nationale du développement professionnel continu » sont remplacés par les mots : « Haute Autorité de santé » ;
- ⑩ 3° À la première phrase de l'article L. 4021-8, les mots : « Agence nationale du développement professionnel continu » sont remplacés par les mots : « Haute Autorité de santé » ;
- ⑪ II. – Le chapitre 1 *bis* du titre VI du livre I du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ⑫ 1° Après le 22° de l'article L. 161-37, il est inséré un 23° ainsi rédigé :

- ⑬ « 23° Mettre en œuvre les missions qui lui sont dévolues par les articles L. 4021-5, L. 4021-6 et L. 4022-5 du code de la santé publique. » ;
- ⑭ 2° La seconde phrase du 2° de l'article L. 161-45 est ainsi modifiée :
- ⑮ a) Le mot : « deux » est remplacé par le mot : « trois » ;
- ⑯ b) Les mots : « l'une » sont remplacés par les mots : « la première » ;
- ⑰ c) Les mots : « l'autre » sont remplacés par les mots : « la deuxième au titre du financement des missions dévolues à la Haute Autorité de santé en matière de certification périodique et de développement professionnel continu et la troisième ».

Article 5

- ① Le code de la santé publique est ainsi modifié :
- ② 1° Après l'article L. 4021-5, il est inséré un article L. 4021-5-1 ainsi rédigé :
- ③ « *Art. L. 4021-5-1. – Le Haut Conseil du développement professionnel continu et de la certification est chargé, auprès du ministre chargé de la santé, de définir la stratégie, le déploiement et la promotion des actions entrant dans le champ du développement professionnel continu et de la certification périodique.*
- ④ « Il rend compte à la Haute Autorité de santé qui garantit la cohérence scientifique et déontologique des orientations et référentiels encadrant les actions relevant du développement continu et de la certification périodique.
- ⑤ « Sans préjudice de l'alinéa précédent, le Haut Conseil veille notamment à ce que les acteurs intervenant dans la procédure de certification périodique soient indépendants de tout lien d'intérêt et à ce que les actions réalisées au titre de la certification répondent aux critères d'objectivité des connaissances professionnelles, scientifiques, universitaires et aux règles déontologiques des professions de santé concernées.
- ⑥ « Les modalités de fonctionnement du Haut Conseil et notamment les procédures de nomination de son président et de ses membres sont déterminées par décret. » ;
- ⑦ 2° Les articles L. 4022-5 et L. 4022-6 sont abrogés.

- ⑧ 3° Au I de l'article L. 4022-8, les mots : « conseil national de la certification périodique » sont remplacés par les mots : « Haut Conseil du développement professionnel continu et de la certification ».

Article 6

- ① Le titre II du livre préliminaire de la quatrième partie du code de la santé publique est ainsi modifié :
- ② 1° Le deuxième alinéa de l'article L. 4021-3 est supprimé ;
- ③ 2° Au premier alinéa de l'article L. 4022-10, après le mot : « périodique », sont insérés les mots : « , de leur engagement dans une démarche de développement professionnel continu ou dans une démarche d'accréditation ».

Article 7

La présente proposition de loi entre en vigueur à une date fixée par décret et, au plus tard le 1^{er} septembre 2026.

Article 8

- ① I. – La charge pour l'État est compensée à due concurrence par la création d'une taxe additionnelle à l'accise sur les tabacs prévue au chapitre IV du titre I^{er} du livre III du code des impositions sur les biens et services.
- ② II. – La charge pour les organismes de sécurité sociale est compensée à due concurrence par la création d'une taxe additionnelle à l'accise sur les tabacs prévue au chapitre IV du titre I^{er} du livre III du code des impositions sur les biens et services.