

RECHERCHE-ACTION N°9

THÈME : « COMMENT AMÉLIORER L'ATTRACTIVITÉ DES MÉTIERS ET LE RECRUTEMENT DES MÉDECINS-CONSEILS ? »

Membres du groupe :

- ▼ Thomas DESMOULINS – chef de projet
- ▼ Anne HAUGMARD
- ▼ Aurélie MAGNE
- ▼ Rodrigue LOPEZ
- ▼ Thibaut STAUDT

Directeur de recherche-action :

- ▼ Eléonore RONFLE, Directrice du Réseau Médical, CNAMTS

REMERCIEMENTS

Nous tenons tout d'abord à remercier Madame Eléonore Ronflé, notre directrice de recherche actions. Nous remercions également Nadine Bernardon et Antoine Liénard, nos interlocuteurs privilégiés à la CNAMTS.

Leur expertise du réseau médical a été essentielle pour cerner les enjeux politiques qui nous ont été utiles tout au long de nos démarches.

Nous souhaitons également remercier toutes les personnes rencontrées durant ces six mois d'études :

- Les médecins-conseils en poste, en formation et libéraux ayant accepté de répondre à nos enquêtes ;
- Les médecins-conseils chef d'échelons locaux, en particulier les docteurs Dominique Saint Paul et Patricia De Napoli Cocci, qui nous ont permis d'orienter notre recherche vers les axes les plus pertinents au regard de la réalité de terrain ;
- Le docteur Russel, médecin chef régional de la MSA du Limousin ;
- Le docteur Simon, de la CCMSA, qui nous a permis d'ouvrir notre réflexion au-delà du seul régime général ;
- Les docteurs Samira Saifi, Eric Chapeau, Marie-Laure Ayem, Emmanuelle Valarche et Charlotte Pister ayant accepté d'être nos référents-miroirs au sein de la 50^{ème} promotion FIPC ;
- L'ensemble des médecins libéraux ayant accepté de répondre à nos questions.

Enfin, nous tenons à remercier M. Jean-Louis Rey, inspecteur général des affaires sociales, pour son regard bienveillant.

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS	3
TABLE DES MATIERES	4
PREAMBULE	6
INTRODUCTION	6
I. Le métier de médecin-conseil souffre principalement d'un défaut de connaissance de ses missions par la communauté médicale ainsi que de conditions d'accès jugées contraignantes	10
A. Le métier et les missions de médecin-conseil sont méconnus par la communauté médicale	10
1. La communauté médicale ne connaît globalement pas les conditions d'accès et d'exercice du métier de médecin-conseil	10
2. Les médecins libéraux ont une vision du médecin-conseil réduite à son volet administratif et de contrôle	11
3. La présence de l'assurance maladie et des médecins-conseils auprès des facultés de médecine reste inégale.....	11
4. La communication globale autour du métier et du concours, partagée entre la CNAMTS et l'EN3S, reste trop modeste	12
B. Si le concours est perçu comme un mode de sélection adapté, la formation initiale semble manquer de souplesse et l'accompagnement dans la transition professionnelle reste difficile.	13
1. Le concours est perçu comme adapté, même si d'autres modes de sélections permettent d'en conserver les bénéfices.....	13
2. La préparation des candidats au concours reste inégale selon les régions.....	14
3. Certains médecins-conseils évoquent des difficultés pour assurer leur transition professionnelle, en dépit des possibilités de report du bénéfice du concours.....	16
C. En matière de RH, la rémunération ne constitue pas un frein, les candidats étant principalement en recherche d'un meilleur équilibre vie personnelle/vie professionnelle	16
1. Cinq leviers de motivation émergent et rendent le métier de médecin-conseil attractif 17	
2. Les stagiaires de la FIPC n'évoquent pas particulièrement de décalage entre rémunération et missions, contrairement aux médecins-conseils en place	18
3. Une politique de « rémunérations et avantages sociaux » inhérente à la convention collective qui demeure favorable.....	18
4. La logique de parcours professionnel reste cependant assez peu exploitée	20
D. En matière d'organisation du travail, le télétravail n'est pas plébiscité par les médecins-conseils, contrairement au cumul d'activité	20
1. Le télétravail n'est pas plébiscité, et ne semble pas devoir améliorer fondamentalement l'attractivité du métier.....	21
2. Le cumul d'activité reste souhaité par les médecins-conseils sur des fonctions salariées, associatives et libérales	21

II. Des mesures paramétriques autour de l'accès au métier, des missions et de la communication peuvent être envisagées, ainsi que des actions à portée plus systémiques	22
A. Les modalités d'accès au métier pourraient être diversifiées et comporter un accompagnement des candidats	23
1. Le concours d'entrée : mettre en œuvre une préparation nationale pour des épreuves repensées, l'exemple du MOOC	23
2. La formation initiale : une scolarité à adapter à des professionnels aux profils variés	24
3. Le recours aux contrats courts pourrait être davantage incité afin de faire connaître le métier aux populations hésitantes.....	25
4. Le concours étant ouvert aux médecins de la communauté européenne, une communication dans des Etats membres ciblés pourrait être envisagée.....	26
B. La redéfinition des missions et l'assouplissement des conditions d'exercice du métier peuvent devenir de véritables leviers d'attractivité.....	26
1. La CNAMTS pourrait lancer une étude sur la possibilité d'ouvrir de manière plus lisible le cumul d'activité, et la partager avec l'ensemble de son collectif de travail	27
2. La question du télétravail pourrait être rouverte	28
3. Intégrer davantage le métier de médecin-conseil dans le cadre d'un parcours et valoriser les mobilités fonctionnelles et géographiques.....	29
4. L'activité des médecins-conseils pourrait être recentrée sur des activités plus médicales	31
C. Au regard de cette stratégie globale, une clarification des rôles et une meilleure stratégie de communication permettrait de gagner en visibilité.....	32
1. Les messages et leurs supports, pour gagner en efficacité, devront être adaptés aux cibles choisies.....	32
2. Des messages dont le fond doit être revu	32
3. La présence de l'assurance maladie dans les facultés doit être redéfinie et harmonisée.....	33
D. En plus de ces mesures paramétriques, d'autres changements plus systémiques peuvent être envisagés	35
1. Un changement de paradigme : du passage de la notion de réseaux (CNAMTS, ARS, RSI, MSA, régimes spéciaux) à une logique de territoires.....	35
2. Le régime agricole propose une inscription sur liste d'aptitude professionnelle qui semble offrir des garanties en termes de mobilité et de « vivier » de médecins-conseils ..	36
3. D'une logique de concours avec possibilité de report à une logique d'examen avec inscription sur liste d'aptitude	37
CONCLUSION	39
BIBLIOGRAPHIE.....	41
ANNEXES.....	42

PREAMBULE

Le thème abordé dans ce document est prégnant pour la CNAMTS. Aussi, celle-ci a été amené à poursuivre ses réflexions et à mener des négociations parallèlement à notre recherche action, dans des conditions de confidentialité liées aux enjeux forts de ces travaux.

C'est la raison pour laquelle nos mesures peuvent varier de ce qui a été décidé et soumis aux instances représentatives du personnel fin 2017.

Nous nous réjouissons cependant de parvenir à des résultats convergents et de rester force de propositions dans notre livrable.

En raison de leurs caractères confidentiels, certaines annexes n'ont pas pu être intégrées à ce document.

Les propos tenus dans ce rapport n'engagent que les auteurs.

INTRODUCTION

Un sondage envoyé à la 50ème promotion de la formation initiale des praticiens conseils (FIPC) montre qu'à 68 %, la principale motivation des futurs médecins-conseils est de mieux concilier vie professionnelle et vie personnelle. De la même manière, on peut constater que la rémunération en sortie de formation semble globalement satisfaisante (moins de 30 % estiment que la rémunération est incohérente avec le temps de travail ou les enjeux liés au métier).

Pour autant, constat est fait chaque année du déficit de candidats présents aux épreuves du concours de sélection, au regard du nombre de postes à pourvoir. Par exemple, le concours 2016 proposait 154 postes pour 104 candidats présents, et 79 candidats admis finalement, soit un taux de sélectivité (le ratio entre candidats présents aux épreuves et candidats admis) de 76%, ce qui est peu.

Ce constat est problématique. En effet, dans un contexte de maîtrise des dépenses de la Sécurité sociale et particulièrement de celles de l'Assurance maladie, les praticiens conseils ont un rôle central dans l'activité médicale de la gestion du risque maladie. Parmi eux, les médecins-conseils (qui représentent 82 % des effectifs) ont une place prépondérante dans l'organisation et la mise en œuvre du contrôle médical. Or, c'est sur cette catégorie de praticiens conseils que les difficultés de recrutement sont les plus prégnantes.

Le médecin-conseil contribue à garantir la qualité, la sécurité, l'efficacité du système de santé et un égal accès aux soins. Son activité s'organise en trois grands pôles :

- ▼ Le contrôle des prestations et les relations avec les assurés : le médecin-conseil contrôle la justification médicale des prestations subordonnées à appréciation médicale (incapacité de travail, caractère professionnel d'une maladie, appréciation du taux d'incapacité permanente, abus en matière de soins, de prescriptions d'arrêts de travail et d'application de la tarification des actes...). Il joue un rôle, avec les autres acteurs du service médical (techniciens et infirmiers) et en lien avec les partenaires,

d'accompagnement auprès des assurés, par exemple dans le cas de la désinsertion professionnelle.

- ▼ Les relations avec les professionnels de santé : le médecin-conseil participe à la maîtrise médicalisée des dépenses en veillant au suivi des engagements conventionnels et à l'évolution des consommations. Il accompagne les professionnels de santé, en particulier sur les actions de maîtrise médicalisée en ville et en milieu hospitalier : échanges confraternels, entretiens collectifs, retour d'informations sur les pratiques...
- ▼ Les contrôles et l'activité contentieuse : le médecin-conseil organise et réalise les contrôles de l'activité des professionnels de santé ou des établissements de soins (notamment le contrôle de la tarification à l'acte - T2A), ainsi que les éventuelles actions contentieuses, notamment conventionnelles et ordinaires.

Le recrutement des médecins se fait par voie de concours, sur la base d'un nombre de postes ouverts : un concours annuel commun au régime général, au RSI et aux ARS, comporte deux épreuves orales (une épreuve technique et un entretien avec un jury). Le concours évalue la capacité à prendre des décisions médico-administratives ainsi que l'adéquation du profil du candidat à la fonction de médecin-conseil (capacité à s'intégrer dans une organisation structurée, capacité à travailler en équipe, capacité à établir une relation de confiance avec l'environnement interne et externe...)

La modification de l'arrêté du 19 juillet 2007, en 2015, a supprimé les épreuves écrites qui paraissaient trop lourdes pour un concours ouvert à des médecins en exercice et dont le format se révélait peu adapté.

Le service médical est rattaché directement à la CNAMTS et au directeur général. Indépendant des directeurs et des conseils des CPAM et des Carsat, il travaille en lien étroit avec les CPAM sur les processus médico-administratifs partagés. Sa structure se décline en trois niveaux (national, régional et local).

L'échelon local du service médical (ELSM), hébergé auprès de chaque CPAM ou CGSS, est sous la responsabilité d'un médecin-conseil chef de service. Le médecin chef met en œuvre les directives nationales sous l'autorité du médecin-conseil régional exerçant dans les directions régionales du service médical (DRSM). En lien avec le directeur de la caisse primaire, il assure la mise en œuvre opérationnelle de la gestion des risques et du service aux assurés.

La CNAMTS pilote un réseau médical composé de 20 DRSM réparties sur l'ensemble du territoire (Outre-mer inclus) et de 104 ELSM. Elle anime 1549 médecins qui selon leur fonction relèvent d'un des 4 niveaux hiérarchiques (A, B, C ou D). 80% d'entre eux (1237), exercent au niveau A en ELSM (premier niveau de la grille).

Créées en avril 2010 par la loi hôpital, santé, patients et territoire (HPST), les agences régionales de santé (ARS) sont composées de personnel de droit public (fonctionnaires et contractuels) et de personnel de droit privé, salariés sous conventions collectives des organismes de sécurité sociale. Depuis 2014, les ARS proposent des postes aux lauréats du concours de recrutement des praticiens conseils : 14 postes sont ainsi ouverts pour l'année 2017, 10 ont été pourvus.

Les services du contrôle médical de la MSA et du RSI sont constitués de services ou directions intégrés dans les organismes locaux des deux régimes.

*

Les difficultés de recrutement et notamment le nombre insuffisant de candidats aux concours annuels posent donc un certain nombre de problèmes en termes de pérennité organisationnelle du réseau médical de la branche maladie.

La CNAMTS et l'EN3S ont décidé de lancer une recherche-action, dont l'objet est d'identifier dans un premier temps les causes qui justifient ce manque en candidatures.

Fort de ces constats, le groupe en charge de la recherche-action proposera, sur la base de ses recherches, des mesures susceptibles d'améliorer l'attractivité des métiers et du recrutement des médecins-conseils.

A ce titre, plusieurs thèmes seront abordés :

- ▼ Le concours et la formation
- ▼ La communication
- ▼ La gestion des ressources humaines
- ▼ L'organisation du travail
- ▼ La structuration des réseaux

Différents parangonnages ont été menés par le groupe de travail. Ainsi, les modalités de recrutement et de fonctionnement des services médicaux ont été observées dans d'autres régimes (MSA, régimes spéciaux) ou d'autres pays.

Afin de cerner au mieux les besoins et attentes qui légitiment une réflexion quant au métier et au recrutement des médecins-conseils, différents sondages ont été lancés. Les médecins libéraux, principal vivier de recrutement, les médecins-conseils déjà en poste, ainsi que les médecins-conseils nouvellement lauréats du concours et constituant la 50ème promotion ont donc contribué à cette démarche.

Des études juridiques ont été menées, notamment pour connaître les conditions d'éligibilité des médecins étrangers à la profession.

Des entretiens téléphoniques avec une dizaine de médecins généralistes libéraux ont été menés pour approfondir les résultats du sondage. Il s'agissait cette fois-ci d'appréhender davantage les relations qu'entretiennent les médecins libéraux avec leurs confrères d'assurance maladie, l'image qu'ils en ont, ainsi que les aspects du métier qui pour eux représenteraient des freins et des leviers de motivation.

Enfin et surtout, le groupe de travail s'est engagé dans une démarche de co-construction, en associant de manière étroite les stagiaires de la 50ème promotion de la FIPC aux travaux. En sus d'interventions collectives (dans le cadre d'une volonté de la direction de l'école de

contribuer à une dynamique de promotions entre les différents cursus de formations présents à l'école), des référents miroirs se sont proposés au sein de la promotion de la FIPC.

Ainsi, ce sont cinq binômes qui ont été constitués (un membre de la FIPC, un membre du groupe de travail) afin d'échanger régulièrement sur l'avancée des travaux.

I. Le métier de médecin-conseil souffre principalement d'un défaut de connaissance de ses missions par la communauté médicale ainsi que de conditions d'accès jugées contraignantes

Le manque d'attractivité du métier de médecin-conseil relève d'une méconnaissance globale de l'activité de la part de la communauté médicale (A) ainsi que des rigidités des modalités d'accès à la formation initiale et de son organisation (B).

Cependant, les conditions d'exercice du métier sont jugées satisfaisantes et correspondent aux aspirations d'une part significative des médecins, sensibles au travail en équipe et à la conciliation entre vie personnelle et vie professionnelle (C).

A. Le métier et les missions de médecin-conseil sont méconnus par la communauté médicale

1. La communauté médicale ne connaît globalement pas les conditions d'accès et d'exercice du métier de médecin-conseil

Pendant la phase « d'état des lieux », le groupe recherche-action a interrogé via des sondages¹ une partie de la population de médecins : la promotion Formation Initiale des Praticiens conseils (FIPC) 2017, des médecins-conseils en exercice et des médecins libéraux.

Ces sondages mettent en exergue le fait que d'une façon homogène, le métier de médecin-conseil est très rarement connu. 37 % des répondants² de la 50^{ème} promotion FIPC disent avoir connu cette spécialité après avoir effectué des recherches personnelles, 27 % en échangeant avec des confrères.

Le groupe a organisé diverses rencontres entre la promotion de la formation initiale EN3S et la promotion FIPC. Ces échanges ont fait ressortir que la connaissance du métier par des confrères a eu lieu la plupart du temps « par hasard ».

Pour le panel des médecins-conseil en exercice³, 92% pensent que la communication globale autour de l'image du métier devrait être améliorée et ce résultat atteint 99% pour les nouveaux arrivants dans cette fonction. Le fait que ce sentiment soit encore plus prononcé chez ces derniers montre que c'est un souhait d'amélioration assez fort. Lors des échanges, il est apparu que certains seraient prêts à s'engager dans une démarche constructive et participative sur l'amélioration de la connaissance et de l'image de leur futur métier.

Outre le fait que le métier soit peu ou mal connu, les retours des médecins libéraux interrogés montrent souvent une image dégradée ou peu valorisée et une connaissance du

¹ Sondages créés par le groupe sur l'outil Google Forms et diffusés par mail. Les réponses sont enregistrées directement en ligne et sur l'outil.

² Annexe 6 : 51 répondants

³ Annexe 5 : 119 répondants

périmètre des activités limitée. La perception de ce métier est très souvent cantonnée à l'activité de contrôle et de répression.

2. Les médecins libéraux ont une vision du médecin-conseil réduite à son volet administratif et de contrôle

Alors que les médecins libéraux en exercice représentent une cible forte en termes de futurs recrutements, l'image qu'ils entretiennent de la profession est assez négative et réductrice. Lors des entretiens téléphoniques menés⁴, la mission principale et mise en avant dans l'exercice du métier de médecin-conseil est le contrôle des actes et des prescriptions. L'aperçu de cette mission reste relativement négatif du fait des « rejets » émis par le médecin-conseil sur les prescriptions des médecins libéraux qui ne sont pas toujours compris et expliqués.

Par ailleurs, ils considèrent que la fréquence des contacts avec les médecins-conseils est trop rare, voire inexistante.

Des rencontres plus régulières, avec des thèmes plus variés apparaissent comme une demande de la part des médecins libéraux. Ils pensent en effet que ces échanges seraient un moyen de mieux appréhender leurs métiers respectifs, reproche étant fait aux médecins-conseils de perdre la notion de la réalité du terrain ainsi que l'éloignement de la pratique médicale. Pour les mêmes raisons, les médecins libéraux s'interrogent sur la pertinence du recrutement de très jeunes médecins-conseils n'ayant pas ou peu exercé la médecine. La notion de « réalité du terrain » paraît très importante afin de mieux appréhender leurs futurs avis (que ce soit sur pièces ou pendant les convocations assurés).

En revanche, les médecins-conseils en formation ont très souvent été reçus par les médecins conseils régionaux ou médecins chefs d'échelon local avant de passer le concours. Ces échanges paraissent enrichissants et attractifs pour les futurs candidats. Ces acteurs semblent essentiels en termes de vecteurs d'information.

3. La présence de l'assurance maladie et des médecins-conseils auprès des facultés de médecine reste inégale

Les universités de médecine sont identifiées par la CNAMTS comme des structures, des relais et des viviers potentiels de médecins-conseils. Cependant, lors du travail d'état des lieux, il a été constaté que leur représentation était très inégale et sans organisation ou pilotage centralisé.

Nombre de médecins libéraux interrogés⁵ (plus ou moins récemment formés) déclarent ne jamais avoir eu d'intervention ni de l'Assurance Maladie, ni de médecins-conseils pendant leur cursus universitaire.

Toutefois, dans certaines régions et suivant les appétences des médecins conseils régionaux, ils interviennent quelques fois dans l'animation de modules autour de l'économie

⁴ Annexe 8 : 9 entretiens téléphoniques menés sur la base d'une grille d'entretien commune.

⁵ Annexe 7 et annexe 8 avec l'exemple de la faculté d'Angers

de la santé ou de la santé publique. C'était le cas du médecin chef régional de la MSA du Limousin rencontré dans le cadre des recherches.

Cette hétérogénéité d'enseignement universitaire a été constatée dans la promotion FIPC.

En 2015, la CNAMTS a élaboré un plan de communication dont les universités étaient une des cibles (diffusion d'affiches du concours, état des lieux des enseignements, éléments de langage à tenir auprès des facultés, rencontres avec les présidents de facultés...).

4. La communication globale autour du métier et du concours, partagée entre la CNAMTS et l'EN3S, reste trop modeste

Un plan de communication global a été proposé par la CNAMTS en réunion nationale des DRSM le 8 décembre 2015⁶. D'autres acteurs majeurs que les universités ont été identifiés : l'ordre des médecins, la Direction Centrale des Services de Santé des Armées, les structures de médecins salariés, les médecins libéraux, les cabinets de recrutement, l'UCANSS. De nombreuses actions ont été définies via des moyens de contact adaptés et variés (réseaux sociaux, presse, web, vidéo).

Ces actions de communication sont des bases essentielles de connaissance du métier. Cependant il paraît primordial de continuer à faire vivre les messages, dans un souci d'amélioration de l'attractivité du métier.

La responsabilité de la communication est actuellement partagée entre :

- ▼ L'EN3S, chargé des informations « pratiques » relatives au concours (dates inscription, date des épreuves, coordonnées RH CNAMTS...);
- ▼ La CNAMTS, compétente sur l'ensemble de la communication autour du métier et des missions.

Les échanges avec la 50^{ème} promotion montrent que la communication reste perfectible. En effet, seuls 2% ont eu connaissance du concours et du métier par communication officielle. Tous les autres ont été pro-actifs en recherche d'informations car ils avaient le souhait de changer d'activité. De plus, et en dépit du déploiement du plan de communication de 2015, 96% pensent que la CNAMTS devrait davantage investir ce champ pour améliorer l'image du médecin-conseil et la connaissance de leurs missions.

Les médecins libéraux en exercice interrogés ont non seulement une vision très limitée des missions mais également connaissent peu le mode de recrutement. Le calendrier « annuel » avec des dates d'inscription sur une courte période paraît peu adapté aux emplois du temps des médecins en poste.

L'ensemble de ces actions de communication devrait porter une stratégie globale de recrutement qui est peu visible à ce jour, en dépit justement du manque de candidatures.

⁶ Annexe 9

B. Si le concours est perçu comme un mode de sélection adapté, la formation initiale semble manquer de souplesse et l'accompagnement dans la transition professionnelle reste difficile.

Le concours, qui pourrait *a priori* sembler trop contraignant et dissuasif pour des médecins en exercice, reste largement perçu comme un moyen de recrutement adapté (1).

Si le concours a été significativement allégé en 2015 à travers la suppression des épreuves écrites, une préparation institutionnelle reste souhaitée par les candidats. Cependant, son organisation et sa qualité actuelles demeurent très hétérogènes selon les régions, en l'absence de pilotage national (2).

Enfin, les sondages et entretiens font ressortir des difficultés pour les médecins à réaliser leur transition professionnelle et à cesser leur activité en raison du caractère contraignant de la formation initiale (3).

1. Le concours est perçu comme adapté, même si d'autres modes de sélections permettent d'en conserver les bénéfices

Le concours annuel, commun au RG, au RSI et aux ARS, comporte deux épreuves orales : une épreuve technique et une épreuve de « recrutement » évaluant les qualités relationnelles du candidat. Les épreuves écrites ont été supprimées en 2015.

La légitimité du concours est largement reconnue, tant par les lauréats et les membres du jury que par les médecins libéraux, candidats potentiels. Les résultats des sondages auprès de ces publics font apparaître un consensus sur l'intérêt du recrutement par concours. 80% des médecins libéraux interrogés⁷ pensent qu'il est « nécessaire » (37) et « plutôt adapté » (43) alors que seuls 20% estiment qu'il est « plutôt inadapté » (12) ou « totalement inadapté » (8). De même, 75% des 120 médecins-conseils sondés sont favorables à son maintien⁸.

Le concours est un moyen de garantir la qualité des recrutements et l'adéquation des profils aux missions. Les membres du jury soulignent que ce mode de recrutement garantit une équité de traitement et l'appréciation homogène des compétences attendues selon des critères nationaux⁹. Même si le concours n'a qu'un faible pouvoir discriminant en raison du faible nombre de candidats, il s'agit d'une sécurité essentielle dans le cadre d'un recrutement en CDI. Le jury spécialisé, composé à la fois de médecins et de personnels administratifs, est apte à évaluer la motivation des candidats et leurs qualités relationnelles. Ainsi, en dépit du faible nombre de candidats, le jury conserve un certain niveau d'exigence et ne pourvoit jamais l'ensemble des postes ouverts, comme le montre le tableau annexé¹⁰.

En particulier, l'entretien avec le jury est discriminant. Le savoir-être est fondamental dans l'exercice de l'activité de médecin-conseil. L'élimination de certains candidats repose sur un

⁷ Annexe 9 (40 réponses de médecins libéraux)

⁸ Annexe 7

⁹ Annexe 3 (synthèse des retours des membres du jury)

¹⁰ Annexe 1

écart important par rapport aux connaissances attendues, sur des motivations douteuses pour intégrer le service public de sécurité sociale (celles-ci se limitent parfois à l'espoir d'un certain « confort » de travail) ainsi que sur les qualités relationnelles attendues dans un travail en équipe et au contact de publics différents (assurés, professionnels de santé).

Le concours présente également l'avantage de concentrer les sélections sur une période limitée, ce qui facilite ensuite l'organisation de la formation initiale des praticiens conseils (FIPC) à l'EN3S.

Cependant, des arguments soutiennent la perspective de la suppression du concours au profit d'un recrutement, plus souple, par entretien d'embauche directement effectué par les échelons. Une proportion comparable des médecins-conseils (25%) et des médecins libéraux (20%) interrogés estime qu'il est globalement inadapté¹¹. Selon eux, le faible nombre de candidats ne justifie pas l'organisation d'un concours par rapport à un recrutement classique.

Tout d'abord, l'organisation d'un concours national annuel manque de souplesse au regard des difficultés de recrutement. Plusieurs membres du jury admettent qu'un entretien de recrutement classique permettrait d'évaluer les motivations des candidats avec une précision comparable¹². Les directions régionales pourraient effectuer une centaine de recrutements avec l'appui de consultants comme pour l'embauche de cadres supérieurs. En outre, le concours recrute essentiellement des secondes parties de carrière, qui souhaitent le plus souvent rester au premier niveau du métier de médecin-conseil (A). Or, le contrôle médical a également besoin de futurs managers, ce qui est plus difficile à concevoir lorsqu'on intègre ce métier en étant sénior.

2. La préparation des candidats au concours reste inégale selon les régions.

L'hétérogénéité des préparations proposées par les échelons se traduit par un niveau de préparation des candidats inégal. En effet, si la majorité des candidats dispose d'un niveau de connaissances techniques satisfaisant, la nature de l'activité et les conditions concrètes d'exercice restent assez méconnues lorsqu'ils n'ont pas suivi une préparation organisée.

Les offres de préparation sont actuellement très inégales selon les territoires¹³. Elles dépendent des régions, qui les organisent (ou non) de manière discrétionnaire. Certains ELSM proposent également des journées de présentation du métier et d'immersion. Cette hétérogénéité des formations, voire leur absence, reste problématique dans le cadre d'un concours national. Or, la préparation accroît la motivation des candidats en leur offrant un aperçu du métier.

Toutefois, une préparation institutionnelle reste souhaitée par les candidats, bien que les épreuves, considérablement allégées depuis la suppression des écrits en 2015, ne nécessitent pas de préparation technique importante. Lorsqu'elles sont proposées, elles sont suivies et ont du succès. Cette volonté correspond, en réalité, au souhait de mieux connaître l'activité et le cadre de travail des médecins-conseils avant de s'engager dans les révisions

¹¹ Annexes 5 et 6

¹² Annexe 2

¹³ Cf tableau ci-dessous

du concours. Les journées d'immersion en échelon sont, en particulier, plébiscitées. Elles permettent de mesurer les qualités nécessaires à ce métier : travail en équipe, qualités relationnelles avec les assurés sociaux et les médecins libéraux, notamment.

Le tableau ci-dessous montre la grande diversité des préparations proposées

DRSM	Préparation	Particularités
IDF	Oui	Réservée aux candidats d'IDF
Nord-Est	Oui	Mutualisée avec Alsace-Moselle, Bourgogne et Franche-Comté
Bourgogne	Oui	Mutualisée avec Alsace-Moselle, Nord-Est et Franche-Comté
Alsace-Moselle	Oui	Mutualisée avec Nord-Est, Bourgogne et Franche-Comté
Franche-Comté	Oui	Mutualisée avec Alsace-Moselle, Bourgogne et Nord-Est
Rhône-Alpes	Oui	Mutualisé avec Auvergne
Auvergne	Oui	Mutualisé avec Rhône-Alpes
Pays de la Loire	Oui	Mutualisé avec Bretagne, Centre et Normandie
Bretagne	Oui	Mutualisé avec Centre, Normandie et PDL
Normandie	Oui	Mutualisé avec Bretagne, Centre et PDL
Centre	Oui	Mutualisé avec Bretagne, Normandie et PDL
PACA-Corse	Oui	Mutualisé avec LR
Languedoc-Roussillon	Oui	Mutualisé avec PACA-C
Midi-Pyrénées	Oui	Mutualisé avec Centre-Ouest et Aquitaine
Centre-Ouest	Oui	Mutualisé avec Midi-Pyrénées et Aquitaine
Aquitaine	Oui	Mutualisé avec Centre-Ouest et Midi-Pyrénées
Nord-Picardie	Pas de données	
Guadeloupe	Pas de données	
Réunion	Pas de données	
Guyane	Pas de données	
Martinique	Non	

3. Certains médecins-conseils évoquent des difficultés pour assurer leur transition professionnelle, en dépit des possibilités de report du bénéfice du concours

Les médecins lauréats du concours, notamment les libéraux, peuvent être confrontés à des difficultés qui perturbent leur transition d'activité. L'intégration dans la formation initiale peut alors s'avérer difficile. Les besoins d'accompagnement les plus avancés sont par les médecins-conseils interrogés¹⁴ (échantillon de 120), sont une aide à la cessation d'activité voire à la cession du cabinet (20%), une aide au déménagement (13%), un aménagement du calendrier de la scolarité (11%) et un accompagnement à la transition « économique » concernant la perte de salaire et les cotisations sociales à payer en décalé (8%). Un guide serait le bienvenu. En revanche, il faut souligner que les médecins-conseils embauchés en CDD n'ont pas rencontré de difficultés pour envisager la transition professionnelle.

L'organisation de la FIPC peut s'avérer contraignante. Son manque de souplesse conduit à des situations difficiles, voire d'urgence, que le médecin doit résoudre seul : démarchage de confrères pour reprise du cabinet, démarches administratives, déménagement familial... La formation est peu personnalisée et son calendrier, fixe, offre peu de possibilités d'adaptation aux situations parfois complexes des lauréats. Ainsi, chaque année, des candidats admis renoncent au concours face à ces difficultés (45 candidats en 2016, dont 37 auditionnés suite à ce renoncement).

Les modalités d'affectation des médecins-conseils est également contraignante. En effet, les lauréats ne connaissent la liste des postes disponibles qu'une fois admis. Ils sont ensuite amenés à faire leur choix d'affectation sur la base de cette liste. Or, cela pose deux types de problèmes : d'une part, les futurs médecins-conseils peuvent ne pas trouver de poste disponible dans le bassin géographique de résidence, d'autre part ils peuvent être en situation de concurrence sur un même poste. Cette situation n'est donc pas incitative et ne contribue pas à rendre le concours attractif, faute de garanties (5 des 37 candidats ayant donné leur raison au renoncement).

En réponse, les candidats reçus ont la possibilité de demander le report du bénéfice du concours pendant une période de deux ans.

C. En matière de RH, la rémunération ne constitue pas un frein, les candidats étant principalement en recherche d'un meilleur équilibre vie personnelle/vie professionnelle

Par un sondage réalisé par le groupe, 40 médecins libéraux ont donné leur opinion sur le métier de leurs confrères de la Sécurité sociale¹⁵. Parmi les questions qui leur étaient soumises, celle de leurs éventuelles motivations à devenir médecin-conseil a vu le motif « salariat – rémunération certaine » être le second motif le plus cité avec 17 réponses. L'analyse des réponses à la question du salaire des médecins-conseils en début d'activité a par ailleurs démontré une estimation plutôt juste.

¹⁴ Annexe 5

¹⁵ Annexe 7

Ainsi, la question de la rémunération ne semble pas effrayer a priori les publics médicaux cible, qui n'est pas le seul élément d'attractivité du métier (1). Les médecins-conseils en formation estiment d'ailleurs que la rémunération est plutôt satisfaisante (2), constat qu'il convient de mettre en perspective avec le droit du travail applicable à ce métier (3). Cependant, d'autres pistes restent à explorer dans ce champ (4).

1. Cinq leviers de motivation émergent et rendent le métier de médecin-conseil attractif

Les motivations qui poussent les médecins à passer le concours de praticiens conseils sont sans surprise. Pour les médecins-conseils de la 50^{ème} promotion de la FIPC¹⁶, 68 % souhaitent trouver un meilleur équilibre entre leur vie professionnelle et leur vie personnelle, 58 % ont comme vœu de travailler en équipe, ou à tout le moins dans le cadre d'un service organisé et 55 % cherchent à développer de nouvelles compétences.

Symétriquement, les médecins-conseils en poste¹⁷ trouvent leur motivation principale également dans la recherche d'un meilleur équilibre professionnel/personnel (71 %), le développement de nouvelles compétences arrivant en deuxième position avec 56 % et 50 % avaient comme volonté de travailler en équipe.

Parmi cette cohorte, plus de la moitié (53 %) souhaitait bénéficier du statut de salarié. Cette donnée est importante car elle renvoie au contenu vu supra relative à la « politique de rémunérations et avantages sociaux ». Le statut de salarié ouvrant par ailleurs une relative garantie de revenus en rapport à un exercice professionnel cadré (qui fait écho à l'équilibre entre vie professionnelle et vie personnelle exprimé en premier souhait), cette situation génère un constat paradoxal. En effet, il a été constaté que la rémunération faciale (le net en fin de mois) ne semblait pas cohérente avec le temps de travail ou les enjeux du métier, ce qui constitue selon les médecins-conseils en place l'un des premiers leviers d'amélioration de l'attractivité. Pour autant, ils sont plus de la moitié à trouver leur motivation dans le statut de salarié et ses conséquences en termes d'avantages sociaux (rémunération différée, complémentaires santé, prévoyance...).

En synthèse, les conditions de travail (nouveau métier, la notion de salariat, la possibilité de mieux articuler sa vie professionnelle autour de sa vie personnelle et non l'inverse) constituent la motivation majoritairement partagée par les médecins-conseils en poste ou en cours de formation.

Le médecin chef de l'ELSM de la Sarthe a précisé quant à elle que les motivations qui l'avaient amenée à présenter le concours étaient principalement de deux ordres. Outre un souhait partagé par la majorité des médecins-conseils de meilleure conciliation entre vie professionnelle et vie personnelle, elle souhaitait également s'ouvrir au travail en équipe, avec toutes ses conséquences en termes d'échanges confraternels, de dynamique de caisse et également de pilotage de projets. Par ailleurs, elle se projetait déjà sur des fonctions de

¹⁶ Annexe 6

¹⁷ Annexe 5

management. Or, la communication institutionnelle et informelle autour du métier et du concours de médecin-conseil n'évoque que rarement cette dimension managériale que peut potentiellement amener une carrière au sein du réseau médical de l'assurance maladie.

2. Les stagiaires de la FIPC n'évoquent pas particulièrement de décalage entre rémunération et missions, contrairement aux médecins-conseils en place

Lorsqu'on les interroge sur la cohérence entre leur niveau de rémunération initiale (582 points) et leur activité, seuls 14 élèves sur les 51 sondés¹⁸ considèrent qu'ils ne sont pas payés à leur juste valeur. Au contraire, 17 se considèrent suffisamment rémunérés et 20 déclarent ne pas savoir estimer le bon niveau de salaire qui leur est dû.

Si la rémunération n'est pas un frein pour la majorité des reçus au concours des médecins-conseils, celle-ci a cependant pu l'être a priori pour les indécis, comme le souligne l'un des délégués de la 50ème promotion FIPC. Cette population est cependant dure à interroger puisqu'ayant renoncé en amont du concours, et il est possible que la rémunération ait été un élément du renoncement parmi d'autres.

La rémunération est cependant décriée par les médecins-conseils en poste depuis quelques années. En effet, 55 %¹⁹ d'entre eux trouvent que la rémunération n'est pas cohérente avec le temps de travail, 67 % avec les enjeux liés au métier, autant avec les perspectives d'évolution. D'ailleurs, il s'agit pour eux du principal axe d'amélioration (56 % des répondants).

Il est à noter qu'il existe une différence de grilles (et donc de rémunération) entre les médecins-conseils du régime agricole, du RSI, des ARS et ceux du régime général. D'après l'un de nos interlocuteurs, conseiller technique médical à la CCMSA, la grille du régime agricole est « globalement moins attractive qu'en DRSM ».

Le manque d'attractivité du métier ne semble donc pas principalement lié à la rémunération, puisque celle-ci n'est pas un frein pour les médecins-conseils en formation.

3. Une politique de « rémunérations et avantages sociaux » inhérente à la convention collective qui demeure favorable

La convention collective nationale spécifique aux praticiens conseils du régime général de 2006 modifiée en 2015, qui remplace le statut fixé par décret en 1969, précise la classification des emplois, des rémunérations et les conditions générales d'exercice au régime général et en ARS.

La rémunération comme élément défavorable par rapport à une activité libérale semble davantage être due au statut de salarié qu'à la propre profession de médecin-conseil.

¹⁸ Annexe 6

¹⁹ Annexe 5 « Métier et rémunération »

En effet, en moyenne les médecins généralistes, secteurs 1 et 2 confondus, gagnent 82 020 €²⁰ par an (soit 6 835 euros par mois) et les spécialistes, toutes spécialités confondues, sont à 133 460 € par an (soit 11 121 euros par mois). Les médecins-conseils, quant à eux, perçoivent 4 918,28 euros bruts à leur échelon d'entrée, et peuvent percevoir au maximum 8 655,88 euros bruts mensuels au plus haut niveau de qualification (médecin-conseil régional ou national adjoint au maximum de ses points).

Pour autant, parmi les grandes catégories de médecins salariés, que ce soit dans le cadre ou non d'un service public, les médecins-conseils du régime général semblent être des mieux rétribués lorsque l'on compare les salaires moyens hors prime (derrière les médecins du travail privés).

Une majorité des médecins-conseils en poste estiment à ce propos que « la grille salariale est faible », certains rappelant toutefois qu'elle demeure avantageuse par rapport aux activités de médecine scolaire ou du travail (publique). C'est ce que l'on observe dans le tableau annexé au rapport²¹.

En termes de rémunération, ces avantages peuvent s'entendre du fait d'une progression salariale assurée par l'ancienneté (30 points d'expérience attribués tous les 5 ans même en cas de suspension du contrat relatif à un arrêt maladie ou un congé parental), par la valorisation de l'atteinte d'objectifs (entre 30 et 40 points de contribution professionnelle par an déterminés en entretien annuel ainsi qu'une part variable pouvant aller d'un demi mois à un mois et demi de rémunération selon le niveau de qualification) et par l'encouragement à la prise de responsabilités (avec une prime de 50 points pour les médecins-conseils régionaux et de 30 points pour les médecins-conseils régionaux adjoints reconnus cadres dirigeants). De plus, une gratification annuelle est attribuée systématiquement à chaque médecin-conseil au plus tard le 31 décembre. Enfin, les médecins-conseils bénéficient d'un mois de salaire supplémentaire versé en deux temps en mai et septembre.

A titre de comparaison, il faut au minimum (légalement) 12 ans et 6 mois pour qu'un médecin scolaire fonctionnaire arrivé au 1er échelon atteigne l'échelon maximal (le 9e) de la 2^{ème} classe, soit un passage de 2 136,83 à 3 687,9 euros bruts hors prime. Dans les faits, en moyenne, il faut 15 ans et demi pour opérer cette progression. Il est cependant à noter que les fonctionnaires bénéficient d'un supplément familial de traitement par enfants à charge.

Par ailleurs, des avantages sociaux d'autres types figurent dans la convention collective. Ainsi, en tant que salariés de la Sécurité sociale, les médecins-conseils sont affiliés à la CAPSSA (caisse de prévoyance des agents de la sécurité sociale) qui leur garantit un complément en cas d'invalidité et une couverture complète du risque décès (capital décès, participation aux frais d'obsèques, rente pour le conjoint ou concubin) ainsi qu'à une assurance maladie complémentaire.

²⁰ Annexe 3

²¹ Annexe 4

Les congés peuvent également constituer un avantage non négligeable en faveur du statut de médecin-conseil. En effet, la convention prévoit : « *(pour un médecin-conseil de)* moins d'un an de présence dans l'institution : deux jours et demi ouvrables par mois de présence, le résultat obtenu étant arrondi au nombre entier immédiatement supérieur ; *(pour un médecin-conseil de)* plus d'un an de présence dans l'institution : trois jours pour un mois jusqu'à 27 jours de congés pour 12 mois de présence ». A ces congés principaux s'ajoutent des congés supplémentaires (telle qu'une demi-journée tous les cinq ans d'ancienneté).

Les médecins déclarant massivement que leur motivation première à devenir médecin-conseil était celle de la conciliation vie professionnelle/vie personnelle²². Pour rappel, trois cinquièmes des médecins libéraux interrogés plaçaient ce motif comme la principale raison de devenir médecin-conseil, et 71 % des médecins-conseils en activité souhaitaient une meilleure conciliation vie professionnelle/vie personnelle en passant le concours.

4. La logique de parcours professionnel reste cependant assez peu exploitée

L'attractivité d'un métier s'explique par plusieurs facteurs. Aussi, la rémunération, les conditions de travail (pénibilité, horaires, temps de travail, environnement, ambiance, culture...), l'offre de formation permettant le maintien des compétences, la notoriété, l'image et la représentation du métier sont autant de critères qui rendent un métier plus ou moins intéressant. Ces différentes notions sont reprises tout au long de cette recherche-action.

Un autre critère que les sites internet spécialisés mettent en avant est lié aux perspectives de carrières et d'employabilité. Ces deux notions renvoient à la thématique de parcours professionnels et plus globalement à la stratégie de gestion prévisionnelle des emplois et des compétences.

A ce jour, un accord du 9 mai 2008 sur la formation professionnelle des praticiens conseils au sein du service du contrôle médical de l'assurance maladie est en application, mais celui-ci ne prend la thématique de gestion prévisionnelle des emplois et des compétences que sur son volet formation professionnelle (bien qu'évoquant les entretiens annuels d'évaluation). A l'inverse, le protocole d'accord du 3 septembre 2010 relatif à la formation tout au long de la vie professionnelle des personnels des organismes du régime général de sécurité sociale s'inscrit dans une réelle démarche de gestion des compétences des salariés du régime général, avec la création de parcours, de partenariats, de formations pour les managers (le système SAM).

D. En matière d'organisation du travail, le télétravail n'est pas plébiscité par les médecins-conseils, contrairement au cumul d'activité

Dans le cadre des différents sondages et entretiens réalisés par le groupe, l'organisation du travail a été questionnée car elle est un levier important dans la mise en œuvre d'une politique d'équilibre vie professionnelle/vie familiale.

²² Annexes 5, 6 et 7

Si le télétravail tend à se mettre progressivement en place dans les entreprises et en particulier dans les organismes de sécurité sociale, les médecins-conseils ne sont pas encore concernés (1).

Le cumul d'activités est la possibilité pour un médecin-conseil d'exercer en complément de son activité principale une autre mission. Les règles de droit et la CNAMTS réglementent strictement cette pratique (2).

1. Le télétravail n'est pas plébiscité, et ne semble pas devoir améliorer fondamentalement l'attractivité du métier

Le travail à distance et en particulier le télétravail ont fait l'objet d'un protocole d'accord UCANSS le 4 mars 2014 (agrée le 3 juillet 2014). Celui-ci a été prorogé par avenant le 21 juin 2017 (agrée le 18 juillet 2017). Ce protocole d'accord n'a pas été mis en œuvre pour les médecins-conseils par la CNAMTS, les principaux arguments étant la confidentialité des données et l'inadéquation avec la pratique du métier de médecin-conseil.

Les entretiens et sondages révèlent un rapport ambivalent des médecins avec cette condition de pratique. Pour les médecins-conseils actuellement en poste et sondés²³, les missions exercées ne sont pas considérées comme incompatibles avec le télétravail. Ainsi, 42 % des répondants estiment que l'activité de contrôle des prestations et relations avec les assurés (CPRAA) peut être exercée en télétravail, dès lors qu'il s'agit d'un contrôle sur pièces (cette partie reste minoritaire). Pour 37 % des répondants, les relations avec les professionnels de santé (RPS) sont compatibles avec le télétravail, au moins pour la partie préparation des entretiens. 34 % estiment que l'activité de contrôle contentieux (CCX) est également compatible avec le télétravail. Seuls 8 % des répondants estiment à l'inverse que le télétravail est fondamentalement incompatible avec les missions, car ne permettant pas de garantir les règles de secret professionnel nécessaires à l'exercice du métier de médecin-conseil.

De même, pour les élèves de la FIPC²⁴, les missions exercées ne sont pas considérées comme incompatibles avec le télétravail. Ainsi, un tiers pense que les avis sur pièces pourraient parfaitement correspondre à du temps en télétravail. Pour autant, il apparaît lors des entretiens, que peu semblent intéressés pour en bénéficier eux-mêmes. Mais ils considèrent que cette offre pourrait intéresser des collègues et de futurs concurrents.

2. Le cumul d'activité reste souhaité par les médecins-conseils sur des fonctions salariées, associatives et libérales

Dans l'ensemble des sondages et entretiens menés par le groupe, le cumul d'activité est plébiscité. 52 % des médecins-conseils²⁵ en poste estiment qu'il est possible de cumuler

²³ cf. annexe 7

²⁴ cf. annexe 8

²⁵ cf. annexe 7

cette activité de médecin-conseil avec une activité associative, 38 % une activité libérale. 72 % estiment également qu'il est possible d'exercer une activité autre (clinique, enseignement...).

Le médecin chef régional de la MSA du Limousin y est favorable, y voyant même là l'avenir du contrôle médical. Il considère que ce serait un facteur important de motivation, permettrait de garder un esprit critique de médecine, serait un moyen d'améliorer les relations entre professionnels de santé et médecin-conseil. Les élèves de la FIPC ont exprimé le même intérêt. Ils ont néanmoins une pleine conscience des risques notamment en termes de conflits d'intérêt. Pour eux, la médecine libérale ne pourrait pas être exercée.

Tous ont cependant conscience que les règles déontologiques et de droit sont très contraignantes en la matière. Ainsi, les médecins-conseils doivent consacrer l'exclusivité de leur activité professionnelle à leurs fonctions, sauf dérogations limitées. En effet, l'article 22 de la loi de modernisation de la Fonction Publique précise que les règles relatives au cumul d'activités pour les agents de la Fonction Publique sont applicables « aux agents de droit privé des organismes de sécurité sociale ». L'article 20 de la loi réaffirme le principe d'interdiction du cumul d'activités et précise que « les salariés ne peuvent exercer à titre professionnel une activité privée lucrative de quelque nature que ce soit ». Le Code du travail dispose que sont exclues des interdictions certaines activités. Par ailleurs, les médecins-conseils sont soumis, comme tous les salariés au respect des durées maximales de travail. Celles-ci sont fixées par la loi à 10h par jour, 48h par semaine (durée maximale absolue) ou 44h par semaine calculées sur une période de 12 semaines consécutives (durée maximale moyenne), ainsi que le respect d'une interruption de 11 heures quotidiennes.

Par ailleurs, la CNAMTS a transmis une lettre réseau datée du 18 avril 2014 aux médecins-conseils régionaux sur le cumul d'activités. Il est à noter que ce document n'est pas disponible sur la base de données Médi@m. Cette lettre rappelle les règles de non-cumul et les dérogations. Elle fait référence aux lois et à la lettre circulaire de l'UCANSS du 13 février 2008. Sa communication semble très restreinte et il apparaît dans les entretiens une méconnaissance des règles. Sont souvent considérées comme seules activités possibles le fait de donner des cours ou d'avoir une activité artistique.

Les règles sont certes strictes, mais leur méconnaissance rend obscure et inaccessible certaines pratiques complémentaires néanmoins permises. Or, lorsque l'on analyse l'intérêt des praticiens pour le cumul, il apparaît là un levier important d'attractivité.

II. Des mesures paramétriques autour de l'accès au métier, des missions et de la communication peuvent être envisagées, ainsi que des actions à portée plus systémiques

Il existe deux types de propositions à apporter pour renforcer l'attractivité du métier de médecin-conseil. En réponse aux constats faits précédemment, des mesures paramétriques et indépendantes les unes des autres peuvent être prises à court ou moyen terme,

concernant les modalités d'accès au métier (A), ses conditions d'exercice (B) ainsi que la stratégie globale de communication (C).

A plus long terme, des mesures systémiques d'organisation des services médicaux et de refonte du processus de recrutement peuvent être envisagées (D). Ces dernières ne sont d'ailleurs pas exclusives des autres propositions, tout en restant plus en profondeur.

A. Les modalités d'accès au métier pourraient être diversifiées et comporter un accompagnement des candidats

Le sujet de l'amélioration des modalités d'accès ne s'inscrit pas que dans l'objectif de susciter des vocations, mais également dans celui d'éviter au mieux les cas de décrochage. En effet, il ressort des entretiens que nombre de médecins, pourtant convaincus par la fonction, hésitent à s'engager dans une démarche de candidature qu'ils jugent souvent trop lourde. Pire, un certain nombre d'admis se désistent ou quittent la formation en cours de route.

En réponse à ces constats, il convient, en amont du recrutement, de repenser le système de préparation au concours (1) ainsi, qu'en aval, d'aménager la scolarité au sein de la FIPC (2). L'expérience montre également que le recours aux contrats courts permet d'une part de faire connaître le métier et d'autre part de « fidéliser » de futurs médecins-conseils (3). Enfin, l'ouverture aux médecins étrangers éligibles au concours pourrait être incitée par une communication en ce sens (4).

1. Le concours d'entrée : mettre en œuvre une préparation nationale pour des épreuves repensées, l'exemple du MOOC

Le concours d'entrée à la formation initiale mobilise des connaissances qui sont en lien avec la pratique médicale, mais également relatives à la structuration du service médical de l'assurance maladie et des ARS, ainsi que de ses missions.

Comme vu plus haut, l'offre de préparation est à ce jour inégale sur le territoire. Ainsi, certaines DRSM ne proposent pas de préparation aux potentiels médecins candidats de leur territoire, d'autres proposent des préparations mutualisées avec d'autres DRSM, et en tout état de cause le contenu de chaque préparation est différent.

Cette situation génère plusieurs biais. Pour commencer, elle crée une distorsion dans l'égalité des chances des candidats selon leur domicile. Par ailleurs, au sein même des différentes DRSM proposant des préparations, l'offre de formation peut naturellement être d'un niveau inégal.

La préparation pourrait donc être mutualisée à moyen terme au niveau de la CNAMTS. A horizon 2018, la CNAMTS, en lien avec les DRSM volontaires, pourrait mettre sur pied un dispositif de formation complet, s'inspirant des programmes dispensés par les DRSM actuellement. Globalement, la formation alternerait modules théoriques (présentation des missions de l'assurance maladie, du service médical, des médecins-conseils, du paysage

institutionnel, préparation du projet professionnel) et pratiques avec d'une part une immersion au sein d'un service médical en tant qu'observateur, puis des oraux blancs.

Cette préparation pourrait être dispensée soit par un formateur national qui se déplacerait dans les DRSM (une fois par an et par DRSM), soit par un formateur relais de chaque DRSM, dans le cadre d'un programme de formations redéployées. Par ailleurs, les MOOC (Massive Open Online Course) ou FLOT en français (Formations en Ligne Ouvertes à Tous) sont des types de formations à distance capable d'accueillir un grand nombre de participants. Ces formations ont comme particularité de pouvoir se faire à distance, car dispensées exclusivement par internet. La CNAMTS pourrait dès lors s'engager dans un tel dispositif, en réalisant un MOOC, qui pourrait être décliné deux fois par an. L'avantage du MOOC est qu'il ne présuppose pas la mobilisation de ressources trop importantes (salles de formation, formateurs, frais de déplacements...). En revanche, il conviendrait au préalable de s'assurer de faire une communication conséquente autour de ce module qui sort des circuits classiques de formations. En effet, l'intérêt particulier des MOOC réside dans le caractère collaboratif de ces formations, ce qui justifie un nombre minimal de stagiaires. Une entité comme « Fun MOOC » (FUN étant l'acronyme de France Université Numérique), GIP lancé par le Ministère de l'Enseignement Supérieur en 2013 et spécialisé dans les formations ouvertes, pourrait être un partenaire idéal pour la préparation et le lancement de ce projet.

2. La formation initiale : une scolarité à adapter à des professionnels aux profils variés

A la notion de promotion FIPC, il pourrait être opportun de privilégier une approche davantage personnalisée de l'accompagnement du médecin-conseil dans sa prise de fonction. Aussi, la spécialisation d'origine du praticien pourrait déterminer le contenu (et la quantité) des modules sur lesquels il aurait à travailler durant sa formation. Par exemple, un médecin en santé publique aura plus de modules « accompagnement des professionnels de santé », alors qu'un médecin généraliste travaillera la gestion des risques de manière plus soutenue. Afin que cette personnalisation du parcours de formation soit véritablement pertinente, il pourrait être imaginé une évaluation des besoins de l'apprenant par son maître de stage sur la base d'une grille de compétences préparée par la caisse nationale.

Cette grille serait remplie à partir d'un contrôle des savoirs et savoirs faire dans une phase préalable à la formation théorique (pour les connaissances) et une phase préalable au premier stage pratique (pour les savoir-faire). Pour cette dernière, il pourrait s'agir d'une ou plusieurs journées de mise en situation du médecin-conseil en binôme avec un tuteur (pouvant être le maître de stage) pour déterminer les points d'amélioration et les zones d'incertitude, malgré les apports théoriques, dans la pratique quotidienne.

Par ailleurs, il convient de relever qu'actuellement seules quatre semaines de formation théorique (soit 19 jours ouvrés) sont organisées en présentiel à l'EN3S. Le reste étant assuré en e-learning depuis l'organisme (ELSM, RSI ou ARS) d'affectation du médecin-conseil.

Alors que le déplacement à Saint-Etienne est perçu comme contraignant pour certains (notamment du fait du découché), il pourrait être imaginé que ces 19 jours soient fixés de manière plus éparse dans l'année et, dans une logique d'absence de promotion, que les

médecins-conseils s'y rendent au gré de leur état d'avancement dans leur formation personnelle.

Ainsi, un module aurait lieu chaque année à date fixe, mais les médecins-conseils, en fonction de l'importance du sujet dans le bon exercice de leur métier (notamment du fait de leur spécialisation RG, ARS ou RSI) pourraient choisir de n'y assister que l'année d'après leur prise de fonction. Cela permettrait également de constituer des modules communs aux médecins, chirurgiens-dentistes et pharmaciens conseils.

Un lissage sur deux ans des enseignements requérant une présence physique du professionnel permettrait ainsi de diminuer la fréquence de ses déplacements et assurerait une présence encore plus soutenue dans son organisme d'affectation dès sa première année.

3. Le recours aux contrats courts pourrait être davantage incité afin de faire connaître le métier aux populations hésitantes

Les expériences de médecins-conseils en CDD (contrat à durée déterminée) montrent que ceux-ci, lorsqu'ils décident de passer le concours, ont des connaissances pratiques et théoriques solides et ne sont pas sujets aux contraintes liées à une période de transition. C'est notamment ce que soulignait le médecin-chef à l'ELSM de la Loire.

De plus, ce public est aussi celui qui serait le plus gagnant d'une FIPC bien plus axée sur la mise à niveau individuelle que sur de la formation collective sous forme de promotion (les écarts de connaissances avec le reste des recrues peuvent être conséquents surtout en début de formation).

A l'heure actuelle, un problème de communication est identifié concernant la possibilité offerte d'être médecin-conseil en CDD. C'est notamment ce que déplorent les contacts issus de la 50e promotion. (« je n'ai eu connaissance de cette possibilité qu'une fois que j'ai eu le concours » souligne l'un d'eux).

La première piste d'action pour favoriser la massification de cette pratique est donc d'en améliorer la publicité.

Pour ce faire, outre un bon référencement des offres d'emploi (sur la bourse Ucanss, dans le quotidien du médecin, voire sur d'autres sites de petites annonces tels que leboncoin.fr), il serait opportun d'imaginer une communication générale avec, par exemple, des dépliants que les délégués d'assurance maladie pourraient remettre aux médecins qu'ils visitent.

Cette information ciblée sur les médecins-conseils en CDD (et n'évoquant que brièvement le concours) s'attacherait tant à décrire les missions que les conditions de travail en ELSM.

L'objectif final restant l'attractivité du métier de médecin-conseil en tant que tel, il s'agirait d'organiser les conditions favorables à un excédent de demande sur l'offre de postes à pourvoir et donc de diffuser le plus massivement possible ces prospectus, indépendamment des besoins connus en médecins-conseils dans chaque service médical.

La seconde piste d'action consisterait à élaborer une stratégie de gestion prévisionnelle des emplois et compétences de praticiens-conseils pour procéder à ces recrutements en CDD de

la manière la plus adéquate aux variations des besoins de la gestion du risque. Cette mission incomberait aux responsables des RH au sein des DRSM.

Dans une optique de généralisation du CDD comme étape préalable au recrutement définitif du médecin-conseil, le concours deviendrait alors une épreuve de confirmation de la volonté du professionnel de s'engager dans son nouveau métier sur du long terme. Les motivations pourraient alors être la clef d'évaluation du candidat, au-delà de toute interrogation sur ses compétences.

4. Le concours étant ouvert aux médecins de la communauté européenne, une communication dans des Etats membres ciblés pourrait être envisagée

La convention collective renvoyant directement à l'article L.4111-1 du code de santé publique en matière de nationalité, il convient donc de souligner que peuvent prétendre à devenir médecins-conseils les praticiens issus des 27 Etats européens, des Etats parties à l'accord sur l'espace économique européen, des Etats ayant ratifié des conventions d'établissement ou des accords de réciprocité avec la France sur le sujet de l'exercice de la médecine. Dans les faits, cette possibilité n'est que très peu exploitée.

Afin d'augmenter les candidatures, une communication à destination de ces médecins étrangers reste à inventer. En effet, les informations délivrées sur le concours pourraient être traduites a minima en anglais sur les sites internet de la CNAMTS ou de la direction de la sécurité sociale. De plus, des offres d'emploi de médecins-conseils – notamment en CDD – pourraient être postées sur Eures, le portail européen sur la mobilité de l'emploi.

Par ailleurs, le CLEISS pourrait se voir confier comme mission de répertorier les modalités de recrutement des médecins chargés de la maîtrise des dépenses de santé à l'international. La CNAMTS pourrait ensuite imaginer les passerelles avec la France. En effet, si dans un autre pays des médecins sont chargés de missions similaires et sont recrutés sur une même base de compétences, pourquoi ne pas imaginer que ceux-ci puissent poursuivre leur activité au sein de la Sécurité sociale française ?

A cette fin, il pourrait être imaginé que dès leur formation dans leur pays d'origine (voire dès l'information préalable au recrutement) soit communiquée à ces professionnels la possibilité qu'ils auraient de candidater en France par la suite.

Une fois admis, la formation serait alors plus ciblée sur les points de différence (préalablement relevés par le CLEISS) ainsi que sur l'acquisition de la langue, pré requis pour pouvoir pleinement exercer le métier de médecin-conseil.

L'arrivée de médecins étrangers parmi les médecins-conseils est donc à envisager sur deux niveaux : d'une part vis-à-vis des médecins exerçant dans les pays visés par l'article L.4111-1 du CSP, et d'autre part vis-à-vis de leurs confrères des systèmes de protection sociale européens et des Etats parties aux accords engageant la France sur le domaine médical.

B. La redéfinition des missions et l'assouplissement des conditions d'exercice du métier peuvent devenir de véritables leviers d'attractivité

Les conditions d'exercice du métier, déjà jugées satisfaisantes, pourraient devenir plus attractives encore en développant des possibilités de cumul d'activité (1) ou de télétravail (2). La notion de parcours professionnels au sein de l'institution pourrait être renforcée et valorisée (3).

Par ailleurs, les missions des médecins-conseils pourraient être redéfinies autour d'activité plus médicales et moins administratives (4).

1. La CNAMTS pourrait lancer une étude sur la possibilité d'ouvrir de manière plus lisible le cumul d'activité, et la partager avec l'ensemble de son collectif de travail

64 % des médecins-conseils en poste²⁶ et 60 % des médecins-conseils en FIPC²⁷ estiment que le non-cumul est un frein au recrutement. Le cumul des activités libérales et de médecins-conseils est susceptible d'intéresser près d'un quart (22.5%) des libéraux sondés²⁸. Au regard de ces chiffres, le cumul d'activité apparaît comme un levier d'attractivité important.

Sans même modifier les règles existantes présentées précédemment, la communication sur celles-ci et la clarification des modalités d'accès (différenciation entre les statuts temps partiels/temps complet, autorisation préalable ou non, lettre type de demande d'autorisation, etc.) semblent une nécessité. Il s'agit de permettre une égalité de traitement des praticiens conseils en la matière, d'être transparent sur les pratiques permises par la CNAMTS, d'ouvrir le métier au monde extérieur et en corolaire de permettre à la société civile de mieux connaître ces praticiens. Le Code du travail dispose que sont exclues des interdictions certaines activités, dont la liste a été élargie par le décret du 20 janvier 2011. Les activités accessoires susceptibles d'être autorisées sont les suivantes :

- ▼ Expertise et consultation (sans préjudice des dispositions du 2° du I de l'article 25 de la loi du 13 juillet 1983 et des dispositions des articles L413-8 et suivants du code de la recherche) ;
- ▼ Enseignement et formation ;
- ▼ Activité à caractère sportif ou culturel ;
- ▼ Activité agricole (au sens de l'alinéa 1 de l'article L311-1 du code rural) ;
- ▼ Activité de conjoint collaborateur ;
- ▼ Aide à domicile à un ascendant, descendant, conjoint ou partenaire de PACS ;
- ▼ Des travaux de faible importance effectués chez des particuliers.

Ces dispositions ouvrent déjà des perspectives de cumul pour les praticiens conseils. Elles restent cependant très restrictives.

La CNAMTS pourrait lancer une étude, sans préjudice d'une concertation interne et avec les partenaires extérieurs (conseil de l'ordre, fédérations hospitalières, etc.) sur un périmètre de pratique médicale. En effet, un des freins principaux est le conflit d'intérêt. D'ailleurs, l'article

²⁶ cf. annexe 7

²⁷ cf. annexe 8

²⁸ cf. annexe 9

R4127-100 du code de Santé publique précise : « *Un médecin exerçant la médecine de contrôle ne peut être à la fois médecin de prévention ou, sauf urgence, médecin traitant d'une même personne. Cette interdiction s'étend aux membres de la famille du malade vivant avec lui et, si le médecin exerce au sein d'une collectivité, aux membres de celle-ci.* » Mais la pratique médicale accessoire sur un périmètre géographique différent du territoire de contrôle peut être interrogée. Hors de la question géographique, le sujet de la nature de la pratique complémentaire peut être aussi posé : des vacations salariées dans des structures publiques (PMI, centres de santé, hôpitaux...), structures associatives (centres de santé, centres d'accueil, dispensaires...) ou même privées.

Cette réflexion qui peut être longue et dont les résultats sont incertains ne doit pas empêcher de mener aussi un travail sur la communication de la CNAMTS sur le cumul autorisé à ce jour. La lettre réseau gagnerait sans doute à être revue : le rappel législatif, réglementaire et conventionnel est nécessaire. La précision des autorisations avec des illustrations par des exemples serait très pédagogique. Et, peut-être sous forme de tableau synthétique, le rappel sur les pratiques médicales permises, soumises à autorisation et interdites serait de nature à clarifier la notion. La lettre réseau gagnerait à préciser les modalités de demande de cumul et les interlocuteurs en la matière.

La lettre réseau est certes un document cadrant de la CNAMTS mais elle doit aussi être envisagée comme un outil de communication tant en interne qu'en externe. En interne, cette lettre a vocation à être mise à disposition de tous les médecins-conseils en poste et donnée à tout nouvel embauché. C'est l'ensemble du réseau médical qui doit être informé des pratiques autorisées. Par cette communication large, serait assurée une gestion unique et uniforme du cumul dans tous les échelons (locaux et régionaux) du service médical. En externe, cette lettre réseau pourrait être mise à disposition des médecins et partenaires (associations, syndicats, conseil de l'ordre...). Utiliser le vecteur Ameli Pro serait de nature à accroître la lisibilité de la politique de la CNAMTS.

L'objet d'une telle démarche est de permettre une plus grande interactivité entre les milieux « praticiens conseils » et « professionnels de santé de tous statuts » afin de donner une image plus réaliste du métier de médecin-conseil, de donner aux praticiens conseils des moyens pour mieux appréhender les nouvelles modalités d'exercice de leurs confrères...

Les cumuls d'activité doivent être considérés comme une chance pour l'institution, comme une opportunité pour les médecins-conseils et ceux avec qui ils exercent leur mission complémentaire. Le fait d'encadrer et de préciser les pratiques n'empêche pas la souplesse dans la mise en œuvre de ce qui est autorisé. Cette agilité doit être envisagée comme un élément dans la gestion des organisations. Le fait que les médecins-conseils émettent le souhait de rester en contact avec le terrain, de continuer d'être un acteur du soin et de confronter leurs pratiques et leurs connaissances doit être valorisé. C'est une force pour une institution que ses membres cherchent à rester aussi acteur de la communauté qu'ils servent.

2. La question du télétravail pourrait être rouverte

Les médecins-conseils ont exprimé leur intérêt pour le télétravail, comme il a été précisé précédemment. Ils ont même identifié les pans de leurs missions qui, a priori, sont

compatibles avec cette pratique. Le protocole d'accord UCANSS est signé sans distinction de convention collective. Il pourrait donc s'appliquer aux médecins-conseils, si une négociation collective était engagée. La réforme du code du travail de septembre 2017 donne plus de flexibilité au travail à distance et a engendré une communication importante sur ce thème. Le sujet est donc devenu d'actualité récemment.

En lançant une étude sur le télétravail de cette catégorie de travailleurs, la CNAMTS pourrait envisager différentes modalités de mise en œuvre et ainsi prendre en compte les questions cruciales de la sécurité des données et du secret médical.

En effet, le télétravail désigne toute forme d'organisation du travail dans laquelle un travail qui aurait également pu être exécuté dans les locaux de l'employeur est effectué par un salarié hors de ces locaux de façon volontaire en utilisant les technologies de l'information et de la communication (article L.1222-9 du code du travail). Le télétravail peut donc être réalisé dans tous types de locaux autres que ceux de l'employeur (et pas seulement le domicile). La sécurisation est donc primordiale.

Une étude d'opportunité pourrait également être menée sur le travail pendulaire. Il s'agit pour le salarié d'exercer sa mission dans des locaux de l'institution (caisse de la même branche ou non, après signature d'une convention) mais qui ne sont pas ceux habituels d'exercice de son activité. Cela peut permettre à l'agent de se rapprocher de son lieu de vie tout en maintenant une distinction entre lieu de vie et lieu de travail. Par ailleurs, cela permet souvent de mieux sécuriser l'activité tant dans le flux des données que dans la gestion des documents papiers.

Pour la solution du télétravail comme pour celle du travail pendulaire, l'étude devra porter sur des champs d'activité (les missions éligibles au télétravail...), de sécurité (informatiques, personnels...), de gestion (coût de la mise en œuvre, type de prise en charge...), d'équilibre social (organisation et formation des équipes et du management...).

3. Intégrer davantage le métier de médecin-conseil dans le cadre d'un parcours et valoriser les mobilités fonctionnelles et géographiques

Le métier de médecin-conseil, comme toute autre mission au sein de la Sécurité sociale, doit désormais intégrer une notion de parcours. Comme cela a été vu précédemment, un certain nombre de médecins rejoint l'institution avec le souhait de travailler en équipe, mais aussi de devenir manager. La motivation et l'attractivité d'un métier passent donc par sa capacité à présenter les opportunités afférentes, à accroître les passerelles entre les organismes. La notion de parcours nécessite particulièrement d'être mise en avant.

L'évolution professionnelle est présentée dans la convention collective. Mais les modalités de sa mise en œuvre ne sont pas explicites. Les moyens et critères de mutation au sein même du régime général gagneraient à être plus transparents.

Ainsi le réseau des services médicaux du régime général est national. Les échelons locaux et régionaux déclinent et adaptent des politiques publiques nationales. Le service médical du régime général est donc constitué en entités territoriales, empilées par strates (ELSM – DRSM – CNAMTS). L'exercice de missions dans chacune d'entre elles pourrait être un gage d'accroissement des compétences, de meilleure compréhension des fonctionnements et

enjeux. L'expérience spécifique du travail en caisse nationale pourrait être valorisée dans les parcours, car elle apporte une dimension politique et stratégique particulière.

Les échanges de bonnes pratiques à l'échelon régional mais aussi national, les rencontres entre pairs pourraient renforcer les liens entre les caisses et peut-être favoriser des politiques d'entraide, en particulier pour des secteurs en déficit de médecins-conseils. De même, une meilleure connaissance du réseau serait de nature à favoriser les mobilités géographiques et fonctionnelles peu développées bien que soutenues par une convention collective favorable.

Les réseaux connaissent de grande mutabilité depuis quelques années. L'adossement prochain du RSI au régime général en est une illustration importante. Ainsi, le régime général et ses agents ne peuvent plus envisager leurs activités en autarcie. Les missions se font au sein d'un réseau.

Les services médicaux sont en lien étroit avec les Agences régionales de santé (ARS) pour la mise en œuvre des politiques publiques sur leurs territoires et pour la prise en charge de leurs particularismes. Au-delà de ce lien partenarial, il serait intéressant tant pour le régime général que pour les agences que des échanges (via les mises à disposition voire les disponibilités) soient encouragés pour les personnels médicaux en particulier. Offrir aux médecins-conseils l'opportunité d'exercer des missions temporaires (1 à 3 ans) dans les agences pourrait encourager tout en sécurisant le parcours.

Par ailleurs, le territoire national est également pris en charge par les médecins-conseils du régime agricole, mais aussi des régimes spéciaux. Le maillage et le périmètre des organismes sont sensiblement différents, mais les bassins restent communs. Ainsi, il n'est pas rare que des familles relèvent de deux régimes, général et agricole ou autre, en raison de leur affiliation professionnelle. Aussi la médecine conseil, quel que soit le régime, est soumise à des problématiques communes. Développer des réseaux territoriaux de praticiens conseils, au-delà des affinités individuelles des responsables, serait de nature à élargir les échanges, les rencontres. Par cette meilleure connaissance du fonctionnement et des pratiques des régimes, des synergies de travail peuvent être mises en œuvre, au profit des populations, des professionnels de santé et des politiques de santé publique.

En effet, les professionnels de santé libéraux sont susceptibles de rencontrer chacun des acteurs des différents régimes.

En valorisant la mise en œuvre de réseaux, de lieux d'échanges, le régime général mettrait en avant un point important pour ceux qui sont devenus médecins-conseils : travailler en équipe (motivation pour 50% des médecins-conseils en poste et 58% des élèves de la FIPC).

De plus, en se connaissant mieux, les mobilités seraient facilitées pour les organisations comme pour les médecins-conseils. La mobilité inter régime, en particulier avec les régimes alignés, pourrait être développée. Celle-ci serait alors un levier mutuel d'attractivité en développant des possibilités d'évolution professionnelle, de compétences.

Par ailleurs, face aux problématiques inhérentes aux zones « sous-dotées » en médecins-conseils, il convient, en sus de cette incitation à la mobilité fonctionnelle, d'insister sur la mobilité géographique, afin de rééquilibrer les ressources médicales sur le territoire. Pour

cela, par écho aux leviers mobilisés dans le secteur libéral conventionné, il pourrait être envisagé de prévoir des incitations financières. Ainsi, la convention collective pourrait être renégociée autour de ce point, afin d'investir durablement et dans un cadre consensuel les montants raisonnables et suffisants afin d'inciter les médecins-conseils à exercer dans des zones en besoin (prime à la mobilité, complément salarial etc.). A ce stade, aucune piste ne peut être exclue, mais l'assurance maladie est encouragée à investir ce champ.

4. L'activité des médecins-conseils pourrait être recentrée sur des activités plus médicales

L'exploitation des différents questionnaires envoyés aux médecins-conseils et professionnels libéraux montre que l'activité pourraient être redéfinie. Les premiers estiment en effet que Les missions du médecin-conseil devraient évoluer vers plus de conseil afin d'améliorer l'image du métier. Les seconds conservent une mauvaise image des médecins-conseils, présentés comme des « censeurs », acteurs de la « dévalorisation » de l'activité médicale. Pour un grand nombre, il ne s'agit plus d'une activité clinique.

La notion de travail administratif est ainsi revenue régulièrement au cours des entretiens individuels (médecins-conseils et médecins libéraux) et dans le cadre des questionnaires.

En réponse à ces questions, le projet d'évolution de l'organisation du service médical sur lequel s'appuie le SMMOP (service médical : mission organisation et performance), dont la mise en place est prévue en 2018 peut apparaître comme une première étape. Ce dispositif ambitionne de repositionner les ressources médicales sur les actes ou fonctions exigeant une compétence médicale, et une complémentarité avec les personnels administratifs et infirmiers. Les objectifs affichés sont d'accroître la performance du service médical ainsi que l'attractivité du métier de médecin-conseil.

Les principes opérationnels du SMMOP consiste en une organisation par zone géographique de professionnels de santé, structurée autour d'unités au sein des ELSM : les unités territoriales d'accompagnement et d'avis (UTAA) qui accompagnent les médecins généralistes d'une zone géographique donnée et gèrent les prestations des assurés de cette même zone. Chaque unité sera constituée de médecins-conseils et de personnels administratifs, et aura comme mission de suivre la production de soins de professionnels de santé, d'analyser la consommation de soins des assurés, et de contrôler certaines demandes de prestations des assurés.

Ce dispositif permettra selon le groupe à rendre le métier plus attractif pour deux raisons principales : en interne, il permettra au médecin-conseil de se recentrer sur des activités plus médicales par la synergie créée entre personnels médicaux et administratifs, ainsi que sur de la prévention. En externe, il permettra aux professionnels de santé libéraux de créer plus facilement des liens privilégiés avec une unité et ses médecins-conseils et non plus aux services médicaux de l'assurance maladie de manière plus générique. Il s'agira d'offrir une offre attentionnée aux professionnels de santé qui permettront d'améliorer l'image du métier de médecin-conseil.

C. Au regard de cette stratégie globale, une clarification des rôles et une meilleure stratégie de communication permettrait de gagner en visibilité

La communication pourrait gagner en efficacité si un plan de communication clair dans ses vecteurs (1) et dans son message (2) était établi et appliqué. Par ailleurs, une présence de l'assurance maladie dès la formation des futurs médecins permettrait de rendre le métier de médecin-conseil plus attractif. Cela justifie une action particulière auprès des facultés (3).

1. Les messages et leurs supports, pour gagner en efficience, devront être adaptés aux cibles choisies

La CNAMTS a proposé un plan de communication complet en 2015, qui n'avait été que partiellement mis en œuvre. La première action serait de s'en inspirer, de l'actualiser et de le mettre en œuvre.

Dans une période de définition et de planification d'une stratégie de recrutement et de communication, la phase du choix des cibles est primordiale. Ces acteurs auront des rôles tous différents mais seront des maillons de l'attractivité du métier de médecin-conseil : les médecins libéraux ou salariés, les structures médicales salariées, l'ordre des médecins, les facultés de médecine, l'UCANSS, les organisateurs de forums ou salons destinés aux médecins.

Par ailleurs, il paraît nécessaire d'adapter le message mais également le support à ces différentes cibles. Par exemple, comme évoqué au début de cette recherche-action, les médecins n'ont pas les mêmes attentes et priorités en début de carrière qu'en deuxième partie. Il sera donc important d'axer les messages sur les priorités recherchées par chaque futur médecin-conseil potentiel.

Concernant les supports, les nouveaux vecteurs de communication peuvent être complémentaires afin de toucher tous les publics concernés. Il apparaît aujourd'hui nécessaire de mettre en œuvre une stratégie multicanal qui potentiellement sera plus efficace. Ainsi, les messages devront être adaptés afin de pouvoir être publiés sur les réseaux sociaux (Facebook, Twitter, LinkedIn), sur un site internet créé et porté par des anciens élèves FIPC, sur des publications presse (Le quotidien du médecin). Beaucoup de ces canaux, les réseaux sociaux notamment, pourront permettre de capter des médecins se décrivant comme « surchargés », qui n'ont pas le temps de se renseigner mais qui plusieurs fois par jour se connectent sur les réseaux sociaux via leur smartphone.

Quel que soit le support et le vecteur utilisés, un lien vers le site en3s.fr pourra renseigner sur les formalités administratives.

2. Des messages dont le fond doit être revu

Les messages gagneront en persuasion et efficacité en orientant la communication sur deux axes :

- ▼ Les leviers : mise en avant de la conciliation vie professionnelle – vie personnelle, le confort du statut du salariat, le travail en équipe, la notion de parcours et d'évolution possible au sein du réseau Assurance Maladie.
- ▼ Les freins actuels pouvant être levés : la rémunération, souvent sous-estimée, les avantages conventionnels méconnus, la variété des missions notamment la crainte évoquée de la perte du soin qui peut être contre argumentée par la mission contrôle dans laquelle l'auscultation reste essentielle.

3. La présence de l'assurance maladie dans les facultés doit être redéfinie et harmonisée

Le point commun entre tous les médecins exerçants ou non la médecine est leur passage par la faculté. L'harmonisation des connaissances afférentes à la fonction de médecin-conseil pourrait donc être un élément du plan d'action de la démarche d'amélioration de l'attractivité du métier.

D'après le responsable de l'apprentissage de la médecine en charge des relations avec l'Assurance Maladie à l'Université de Lyon, l'intervention d'un médecin-conseil dans les facultés pourrait être un socle commun à intégrer au parcours. Ce module serait utile dès la deuxième année pour une meilleure sensibilisation des élèves et surtout leur permettre une réflexion en amont de leur orientation. Ce module pourrait se poursuivre en 3^{ème} cycle pour les étudiants qui s'orientent vers la santé publique.

De plus, l'intégration de ce module serait un apport en termes de relation avec l'Assurance Maladie, utile pour le futur exercice d'une fonction soit en libéral soit en salarié.

Une proposition de plan de communication suit à la page suivante.

Quel message ?

Présentation du métier :

- **Les missions**
- **Les parcours**
- **Le statut de salarié**
- **La rémunération et avantages conventionnels**
- **La conciliation vie professionnelle/personnelle**
- **La cartographie DRSM/ELSM**

Par quel moyen ?

Presse écrite spécialisée (quotidien du médecin, avenir hospitalier) : une page par semestre avec interviews de médecins-conseils

Ordre national des médecins : diffusion d'un kit de communication (courrier, affiche)

Comité national des médecins hospitaliers : diffusion d'un kit de communication

Facultés de médecine : partenariat pour fixer interventions régulières, kit de communication

Réseaux sociaux (Facebook, Twitter, LinkedIn) : messages mensuels

Pour qui ?

Médecins hospitaliers

Médecins libéraux

Médecins de l'Union Européenne

Etudiants

Valorisation des recrutements en CDD :

- **Les conditions d'accès**
- **Diffusion des offres d'emploi**
- **Les conditions d'exercice**
- **La cartographie des DRSM/ELSM**
- **Les perspectives**

Sites internet spécialisés dans les offres d'emploi médicales

(www.lerecruteurmedical.fr, solutionsmedicales.fr, www.emploisoignant.com) : partenariat à créer

Agences d'intérim (Adecco médical, Manpower médical, Vitalis médical) : partenariat à créer

Presse spécialisée : publication des offres

Réseaux sociaux (LinkedIn) : publication des offres

Médecins en recherche d'emploi

Médecins hospitaliers

Médecins libéraux

Médecins de l'Union Européenne

Etudiants en fin de parcours

Le concours :

- **Les préparations**
- **Les épreuves**
- **Les affectations**
- **Le calendrier**

Facultés : diffusion d'un kit de communication

Hôpitaux : diffusion d'un kit de communication

Réseaux sociaux (Facebook, Twitter, LinkedIn) : messages à compter de deux mois avant date d'inscription au concours

Presse spécialisée : Diffusion d'informations relatives au concours à compter de deux mois avant la date d'inscription au concours

Médecins hospitaliers

Médecins libéraux

Médecins de l'Union Européenne

Etudiants

En complément des mesures présentées, plutôt paramétriques et mobilisables à court ou moyen terme indépendamment les unes des autres, d'autres leviers plus en profondeur sur l'organisation même des réseaux médicaux et de l'accès au métier peuvent être envisagés.

D. En plus de ces mesures paramétriques, d'autres changements plus systémiques peuvent être envisagés

Une refonte plus globale de l'organisation du service médical peut également être envisagée.

En effet, pour régler un déséquilibre entre offre et demande sur un certain marché, des actions sur ces deux variables sont mobilisables. Aussi, si la recherche-action a jusqu'ici interrogé une refonte de la demande (dans sa nature même et dans la communication autour de celle-ci, notamment), il est possible de réfléchir à une offre également renouvelée.

L'avenir de l'emploi des médecins-conseils pourrait être l'avènement d'un employeur unique dans le cadre d'une refonte des réseaux médicaux (1). Par ailleurs, la modification des conditions d'accès au métier de médecin-conseil peut être pensée (2 et 3).

1. Un changement de paradigme : du passage de la notion de réseaux (CNAMTS, ARS, RSI, MSA, régimes spéciaux) à une logique de territoires

Actuellement, les praticiens sont rattachés à un régime. Ainsi, sur un département donné, il y a la présence de médecins-conseils du régime général (salariés de la CNAMTS et exerçant au sein d'un ELSM), du régime agricole (salariés de la caisse locale de MSA), du RSI et éventuellement des médecins-conseils de certains régimes spéciaux. Les médecins-conseils des ARS sont volontairement exclus du périmètre de cette partie, leurs missions étant distinctes.

Ainsi, sur un même territoire donné, plusieurs organismes de Sécurité sociale emploient une même population médicale, pour des missions sensiblement identiques, et souffrent tous d'un problème de recrutement.

Malheureusement, il a été impossible pour le groupe de se constituer une cartographie exacte des effectifs dans les différents réseaux, avec comme filtre les besoins en recrutement ainsi que les territoires. En constituant cette carte, le groupe aurait pu déterminer si certains réseaux sont en sous-effectifs là où d'autres sont à effectifs suffisants sur un même territoire.

Le groupe préconise de casser cette logique de réseaux, qui segmente une activité en manque de professionnels. Le paradigme pourrait à l'inverse être celui d'un service médical unique, commun à tous les réseaux. Cela permettrait de générer des économies d'échelle, et surtout de disposer d'un nombre de médecins potentiellement suffisants par territoire. Cette péréquation des moyens ne devrait pas engager de dégradation du service.

Dans cette hypothèse, le « service médical de la Sécurité sociale » serait rattaché à une entité nationale (la logique voudrait que cette entité soit l'UNCAM). Cette entité administrerait les échelons locaux du service médical sur le même modèle que le fait la CNAMTS actuellement. Ce scénario permettrait ainsi de conserver l'indépendance indispensable au service médical.

Les médecins-conseils de ce service médical, ainsi que les personnels administratifs dépendraient de ce « service médical de la Sécurité sociale », et seraient au service des ressortissants de tous les régimes, y compris les régimes spéciaux. Les médecins-conseils des ARS pourraient également être intégrés à ce service, puis détachés dans les services déconcentrés de l'Etat. Cela permettrait de fait d'offrir de vraies perspectives professionnelles en termes de parcours aux médecins-conseils, au travers de missions différentes au sein même du service.

Une telle reconfiguration des réseaux semble pouvoir être menée sur la COG actuelle, dès lors que le point le plus critique serait le transfert des salariés des différents régimes à cette structure (avec en préalable une étude des différences de gestion des personnels, et notamment de rémunération).

En tous les cas, la tendance actuelle qui vise à réduire le nombre de réseaux va dans un tel sens. D'ailleurs, l'adossement du RSI au régime général est l'occasion de se poser la question de la réintégration des médecins-conseils de ce régime au sein du réseau (ce qui semble logique dès lors que le concours est commun aux deux régimes).

2. Le régime agricole propose une inscription sur liste d'aptitude professionnelle qui semble offrir des garanties en termes de mobilité et de « vivier » de médecins-conseils

A ce jour, le système d'affectations sur les postes semble manquer de souplesse à l'obtention du concours. En effet, les lauréats ne connaissent la liste des postes disponibles qu'une fois admis au concours. Cette situation peut dissuader d'éventuels candidats qui n'ont aucune garantie quant à l'emplacement géographique de leur futur poste, ce qui est un des leviers principaux de motivation (une meilleure articulation vie personnelle vie professionnelle passant nécessairement par un rattachement géographique à proximité de la cellule familiale). La possibilité de report du bénéficiaire du concours pendant deux ans ne semble pas suffire à corriger cette crainte. Au regard de ce constat, plusieurs solutions se dégagent.

La première proposition consiste à afficher avant même l'ouverture du concours la liste des postes disponibles, ainsi que leur situation géographique et les missions qui y sont rattachées (principalement pour les postes en ARS qui restent encore méconnus par la communauté médicale à en croire les médecins-conseils rencontrés). L'avantage de cette pratique réside dans l'amélioration de la transparence autour du concours. En revanche, cela risque de dissuader encore plus les potentiels candidats dès lors que constat serait fait de l'absence de postes dans le bassin territorial recherché. Par ailleurs, cela poserait comme difficulté complémentaire la répartition des lauréats sur les postes, si plusieurs candidats sont intéressés par le même poste. Et pré-affecter les lauréats sur les postes avant le concours dénaturerait sérieusement le principe même du concours.

Une seconde proposition s'inspire de ce qui est fait dans le régime agricole ainsi que dans les pays voisins. Concernant la MSA, les candidats passent le concours, puis se voient inscrits sur une liste d'aptitude pendant trois ans. A l'issue de leur formation, les médecins aptes candidatent aux postes ouverts par les caisses elles-mêmes. Ainsi, les médecins-conseils en postes sont rattachés à la caisse, et non à la caisse nationale, ce qui en fait des salariés « de droit commun » dans l'univers institutionnel. Une telle philosophie se retrouve

également dans d'autres pays communautaires. Ainsi, les médecins-conseils belges sont directement recrutés par les caisses de sécurité sociale via des offres d'emploi. L'avantage de ces modes de fonctionnement est qu'ils favorisent l'attractivité du concours, en offrant une simple inscription sur liste d'aptitude. L'inconvénient est qu'il offre moins de garanties en termes de pilotage et de sécurisation a minima de l'affectation des ressources dans les DRSM.

3. D'une logique de concours avec possibilité de report à une logique d'examen avec inscription sur liste d'aptitude

Dans cette optique, le groupe propose que le concours de médecins-conseils aille dans cette logique. Ainsi, deux scénarii pourraient être imaginés :

Dans le premier, le concours resterait identiquement organisé en lien avec l'EN3S avec un nombre limité de lauréats. En revanche, l'issue de la formation (qu'elle soit en format initiale ou continue comme proposé ci-dessus) mènerait à une inscription sur une liste d'aptitude pour une durée à définir. Les médecins postuleraient ensuite spontanément sur les offres d'emplois diffusées classiquement via la « bourse des emplois » de l'UCANSS. Cette proposition permettrait de dégager plus de souplesse pour les médecins qui soit rencontrent des difficultés à assurer leur transition professionnelle, soit renoncent finalement au bénéfice du concours au regard des postes disponibles. Par ailleurs, cela permettrait d'étoffer le nombre de médecins aptes à exercer la fonction de médecin-conseil, et donc à la CNAMTS de se constituer un véritable vivier de médecins-conseils. Ce vivier va dans le sens d'une logique de parcours professionnels, puisqu'elle ouvrirait la voie à plus de passerelles entre le monde médical privé et de la sécurité sociale (via le bénéfice de la liste d'aptitude).

En revanche, ce système n'empêcherait pas les régions dépourvues de médecins de se voir mieux dotées, dans la mesure où cette meilleure souplesse favorise la sédentarité géographique (les médecins lauréats ont la possibilité de conserver le bénéfice de leur concours et donc de leur activité hors champ de la sécurité sociale dans l'attente d'un poste géographiquement intéressant).

En réponse à cette limite de « déserts médicaux », il conviendrait d'avoir un nombre important de médecins aptes à exercer le métier de médecin-conseil. L'effet masse entraînant nécessairement plus de médecins aptes dans les déserts. Pour cela, le groupe propose la suppression de la notion de concours au profit de la notion d'examen. La CNAMTS organiserait dans ce cadre une ou plusieurs « certifications » par an, éventuellement en lien avec les MOOC vus ci-dessus (les MOOC pourraient proposer un test d'adéquation entre le profil des stagiaires et les critères d'adéquation au poste de médecin-conseil). L'obtention de cette certification n'engagerait rien d'autre que l'inscription sur la liste d'aptitude. En conséquent, la formation initiale n'ayant plus lieu d'être dans un tel cadre, les médecins seraient formés dans le cadre de cycles de formations continues à la prise de poste, articulées entre stages pratiques en ELSM et formations théoriques à l'EN3S.

Cette solution a comme avantage d'être très attractive pour les médecins car moins engageante, elle leur laisse du temps, et surtout elle permet à la CNAMTS de se constituer une base de médecins-conseils aptes suffisante pour être présente dans les zones sous-dotées. Enfin, elle pourrait avoir une stratégie de recrutement plus en lien avec ses besoins

(stratégie RH). En passant d'une logique de concours à une logique d'examen, la CNAMTS offrirait la souplesse nécessaire à cette profession pour la rendre pleinement attractive, et offrir aux DRSM la responsabilité de leurs recrutements sur la base d'un vivier maîtrisé par la caisse nationale via l'examen.

Ce scénario n'est pas entièrement contradictoire avec l'exploitation des résultats des différents questionnaires menés.

En effet, les médecins-conseils en poste sont 76% à être favorables au maintien du concours. Cependant, 22% pensent qu'un entretien de recrutement classique serait suffisant. Pour ces répondants, les deux oraux ne légitiment pas le bénéfice d'un concours, et ce particulièrement dès lors que le nombre de places est supérieur au nombre de candidats (et que le concours est de fait très peu sélectif). Un tel résultat va dans le sens des préconisations du groupe, qui en tout état de cause permettent de conserver une sélection à l'entrée, et donc de garantir une garantie dans les recrutements effectués.

CONCLUSION

En conclusion, le groupe propose un certain nombre de mesures visant à améliorer l'attractivité du métier et le recrutement des médecins-conseils. Certaines semblent plus faciles et rapides à mettre en place, et permettraient principalement de fidéliser une cible déjà plus ou moins intégrée au service médical de l'assurance maladie. D'autres mesures, plus systémiques, ont comme ambition de rendre une meilleure lisibilité sur le service médical, et surtout de permettre plus de souplesse dans la transition professionnelle. Celles-ci sont plus longues à mettre en place, et politiquement plus sensibles.

Mesures paramétriques :

- ▼ Préparation au concours : mettre en place une préparation nationale (physique et/ou MOOC)
- ▼ Formation : passer d'une formation initiale à une formation continue et individualisée
- ▼ RH : mettre en place une logique de parcours professionnels pour mieux se projeter dans l'Institution, évaluer la possibilité de mettre en place du télétravail, clarifier et rendre publiques les règles de cumul, encourager les contrats courts afin de faire découvrir le métier
- ▼ Communication : clarifier le rôle des acteurs, mettre en place un plan de communication défini dans ses messages, ses cibles et ses médias (présence dans les facultés, dans les revues médicales, communication sur le métier et les missions).

Mesures systémiques : dans ce scénario, il est proposé de revisiter entièrement l'architecture des modalités d'accès au métier et de formation, ainsi que la structuration du service médical.

- ▼ Le concours serait remplacé par un examen. Sans limitation de places, cet examen (ouvert une à deux fois par an) permettrait l'inscription sur une liste d'aptitude, conférant la capacité à exercer le métier de médecin-conseil. Pour autant, la sélectivité serait conservée dans la mesure où les épreuves de l'examen seraient identiques à celles de l'actuel concours (ce qui permet de maintenir une sélection, ce qui est plébiscité par les médecins-conseils). Le bénéfice de l'inscription sur la liste d'aptitude serait conservé 3 à 5 ans. Cela permet au médecin d'envisager de manière plus concrète son changement de métier. Le vivier de médecins-conseils constitué dès lors par le service médical serait sollicité à chaque ouverture de poste (et les postes pourvus classiquement par la voie d'un recrutement).
- ▼ Une fois recruté, le médecin-conseil serait évalué par le médecin-chef d'échelon local, qui préconiserait les modules de formation nécessaires au nouveau médecins-conseils en fonction de ses compétences propres (modules de santé publique, de posture professionnelle, techniques...). Les modules de formation seraient proposés

par l'EN3S dans le cadre de son catalogue spécifique. La formation initiale du praticien-conseil serait donc remplacée par une formation continue, par module dispensés deux à trois fois par an en fonction des demandes). Cette solution permet d'économiser des coûts de formation et annexes (dont frais) en proposant une solution sur-mesure, alternant pratique en amont et en tutorat, et théorique en formation continue.

- ▼ Les ressources médicales seraient mutualisées entre les réseaux. Ainsi, pour éviter de faire face à une démultiplication des réseaux sur un même territoire, il est proposé de fusionner les services médicaux des régimes généraux, agricoles, des indépendants et spéciaux au sein d'un unique service médical de l'assurance maladie. Les spécificités inhérentes à chaque régime seraient absorbées. Les ressources ainsi mutualisées permettraient de faire des économies d'échelle et de répondre en partie aux pénuries territoriales. Ce réseau serait hiérarchiquement rattaché à une entité nationale, qui pourrait être la Direction du Réseau Médical de la CNAMTS (réseau existant et logique de masse). En tous les cas, l'UNCAM devrait être intégré aux choix stratégiques dès lors qu'ils impactent les assurés et les services médicaux de l'ensemble des régimes.

Ces propositions pourront s'inscrire dans les travaux en cours au niveau de la CNAMTS. Le projet d'évolution de l'organisation du service médical mené par le réseau actuellement est en ce sens un des leviers mobilisables pour améliorer l'attractivité du métier de médecin-conseil. Enfin, la question de l'adossement du RSI apporte nécessairement de nouvelles contraintes et opportunités pour atteindre les objectifs d'adéquation des charges aux moyens.

BIBLIOGRAPHIE

Documentation juridique :

- ▼ Accord relatif à la nouvelle Convention collective nationale de travail des Praticiens Conseils de la Mutualité Sociale Agricole, 2002
- ▼ Arrêté du 13 Mars 2017 relatif aux conditions d'inscription sur les listes d'aptitude et à la formation des praticiens-conseils des organismes de mutualité sociale agricole
- ▼ Arrêté du 6 Mars 2015 relatif aux conditions de recrutement des praticiens-conseils du régime général et du régime social des indépendants

Publications des organismes :

- ▼ CNAMTS – Instance nationale de suivi, « Bilan de l'application de la convention collective des Praticiens Conseils 2015 », 2016
- ▼ CNAMTS et RSI, Guide du concours des médecins-conseils, 2016
- ▼ CNAMTS, Plan de communication, 2015
- ▼ Convention collective nationale de travail des Praticiens Conseils du Régime Général de Sécurité Sociale, version en vigueur à compter du 1er janvier 2015
- ▼ DRSM PACA, « Organisation et missions du Service médical (Régime Général) », Présentation UE Organisation de la Sécurité Sociale, 2015
- ▼ MSA, Guide du candidat au concours – Médecin-conseil du Régime Agricole, 2017
- ▼ MSA, « Support de communication au concours 2017 », 2017
- ▼ MSA, « Rapport d'activité 2015 : Contrôle médical et dentaire de la MSA », 2016

Ouvrages et Rapports :

- ▼ DALIGAND Liliane et alli., Sécurité Sociale, Paris, Elsevier Masson, 2012, 191 pp.
- ▼ Ordre National des Médecins – Conseil National de l'Ordre, « Les médecins-conseils : missions et déontologie », Rapport adopté en 1998
- ▼ Ordre National des Médecins – Conseil National de l'Ordre, Code de déontologie médicale, Edition 2017

Divers :

- ▼ Effectifs de médecins-conseils, par région, de l'assurance maladie au 31 mars 2017
- ▼ Lettre réseau CNAMTS relative au cumul d'activité
- ▼ Courrier envoyé par la CNAMTS aux médecins libéraux
- ▼ Programme de formation 50^{ème} promotion FIPC

Annexe 1 : Synthèse des Concours de recrutements de médecins-conseils pour les années 2010 à 2017

Annexe 2 : Synthèse des retours des membres du jury du concours de médecins-conseils

Annexe 3 : Tableau comparatif des revenus des médecins libéraux en 2011

Annexe 4 : Tableau comparatif des revenus des médecins salariés

Annexe 5 : Synthèse du questionnaire envoyé aux médecins-conseils en poste

Annexe 6 : Synthèse du questionnaire envoyé aux médecins-conseils en formation (50^{ème} promotion FIPC)

Annexe 7 : Synthèse du questionnaire envoyé aux médecins libéraux.

Annexe 8 : Synthèse des interviews des médecins libéraux

Annexe 9 : Tableau de suivi des actions du groupe

Annexe 1 : Synthèse des Concours de recrutements de médecins-conseils pour les années 2010 à 2017

CONCOURS DE RECRUTEMENT DES PRATICIENS CONSEILS

SECTION MEDECINE - 2010/2017

ANNEE CONCOURS	Nb de postes publiés pour le RG	Nb de dossiers d'inscription	Nb de candidats présents à l'épreuve écrite	Nb de candidats admissibles à l'épreuve orale	Nb de candidats reçus au concours	Nb de candidats recrutés au Régime Général	Taux de recrutement
2010	150	131	104	101	78	59	39,33%
2011	70	148	116	110	80	53	75,71%
2012	135	105	86	83	67	61	45,18%
2013	135	95	83	82	66	46	34,07%
2014	110	116	100	96	75	56	50,90%
2015	110	116	Suppression de l'épreuve écrite	Nb Candidats présents 104	84	60	54,54%
2016	110	206	Suppression de l'épreuve écrite	Nb Candidats présents 143	113	68	61,81%
2017	130	137	Suppression de l'épreuve écrite	Nb Candidats présents 104	79	66	50,77%

SECTION PHARMACIE - 2010/2015

ANNEE CONCOURS	Nb de postes publiés	Nb de dossiers d'inscription	Nb de candidats présents à l'épreuve écrite	Nb de candidats admissibles à l'épreuve orale	Nb de candidats reçus au concours	Nb de candidats recrutés au Régime Général	Taux de recrutement
2010	10	137	103	30	10	9	90%
2015	20	195	156	39	22	21	105%

1) Quel est votre ressenti sur la motivation des candidats ? Quelles sont, selon vous, leurs principales motivations ?

La décision de passer le concours est souvent mûrie et réfléchie. Certaines DRSM proposent de rencontrer le médecin chef et une journée d'immersion pour faire connaître l'activité.

Les motivations diffèrent selon le profil des candidats. On distingue deux populations parmi les candidats : des jeunes qui s'y orientent après un cursus normal et de santé publique ; d'autres sont motivés par le salariat. Les principales motivations sont liées à :

- ▼ L'âge : les candidats âgés de plus de 50 ans choisissent souvent de se tourner vers l'activité salariée à la suite d'une réflexion sur la fatigue physique (par ex, les quelques chirurgiens candidats dont l'âge approche la soixantaine) ou l'isolement ressentie durant leur activité libérale. S'y ajoute le souhait de continuer à exercer différemment, mais aussi de cotiser avec une fin de carrière moins exposée.
- ▼ La santé et la fatigue : certains candidats expriment librement avoir des soucis de santé, ou avoir été victimes d'un accident qui réduit leur capacité physique. Cette motivation rejoint également la volonté de se soustraire à la pression d'une patientèle exigeante.
- ▼ La conciliation entre la vie professionnelle et la vie familiale : ce motif concerne en particulier les femmes, mères de famille, qui souhaitent concilier l'éducation de leurs enfants et leurs obligations professionnelles (gardes, horaires tardifs...). Toutefois, la date fixe et unique de prise de fonction pour démarrer la FIPC (formation initiale des praticiens conseils) est un frein en raison des délais pour transmettre / fermer son cabinet.
- ▼ L'exercice de leur activité précédente : ce motif varie selon le type d'activité médicale exercée. En particulier, les libéraux ressentent parfois l'isolement et souhaitent travailler en équipe au sein d'une structure organisée.
- ▼ Les valeurs de la sécurité sociale et l'intérêt pour l'activité de contrôle médical et l'organisation du système de santé ne semblent pas figurer parmi les motivations principales des candidats, même si elles sont exprimées dans le cadre du concours.

Le problème majeur d'attractivité est le manque de valorisation du métier de MC : il ne s'agit pas d'activités de soins, et le retour à une activité libérale est difficile. C'est souvent un choix perçu comme irréversible. Le MC qui souhaite exercer à nouveau en libéral doit passer devant un jury de l'ordre des médecins selon la procédure d'"insuffisance médicale" (décret de 2014).

- Une piste pourrait être de prévoir la possibilité d'une journée de consultation par semaine (sorte d'autorisation de cumul atténuée) afin de maintenir une compétence clinique.

2) Les candidats sont-ils bien préparés aux épreuves ?

Le niveau de préparation des candidats est variable, les préparations proposées par les services formation des DRSM étant inégales. La préparation au concours est organisée par la DRSM d'inscription du candidat. Lorsqu'elles sont proposées, elles sont suivies et ont du succès. Certains ELSM proposent des journées de présentation du métier et d'immersion. La majorité des candidats a travaillé sérieusement avec le support mis à disposition, a pris contact avec le service médical proche de chez eux ou avec un confrère MC.

La médecine générale prépare bien aux cas cliniques voire aux questions médico-sociales (IJ, Invalidité etc..) mais en plus il faut une appétence certaine pour les thèmes relatifs à la réglementation, les préventions, les conventions, l'évolution des pratiques et des organisations (ARS, virage ambulatoire, déserts médicaux etc...) ainsi que l'économie de la santé (ONDAM, maîtrise médicalisée...).

Des améliorations sont possibles.

Une préparation homogène pour l'ensemble des candidats est souhaitable. Ils gagneraient à effectuer une immersion en ELSM avant le concours pour prendre la mesure du travail quotidien d'un MC. Deux modalités d'organisation sont envisageables :

- ▼ Cadrage national de la préparation 1 à 2 journées : programme, présentation du guide ; immersion dans 1 ELSM d'1 journée ; préparation à l'oral
- ▼ Par la Cnamts ou mission déléguée à 1 ou 2 DRSM pour tous les candidats (du type préparation Ucanss pour les candidats internes concours EN3S)

Il faudrait également créer une formation spécialisée transversale (FST) dans les études de médecine.

3) Pourquoi le nombre de candidats admis est-il inférieur au nombre de postes ouverts ? Qu'est-ce qui justifie l'élimination de ces candidats non retenus ?

Le jury veut conserver un certain niveau d'exigence. En particulier, l'épreuve de "relations humaines" est discriminante. Le savoir être est fondamental dans l'exercice de cette activité.

L'élimination de certains candidats repose sur :

- ▼ Un manque évident de préparation et un écart important par rapport aux connaissances attendues.
- ▼ Un doute sur les motivations pour intégrer la sécurité sociale (motivation basée uniquement sur la croyance d'un certain « confort » de travail à la sécurité sociale).
- ▼ Un doute sur les qualités relationnelles attendues envers les assurés et les autres interlocuteurs (professionnels de santé, organismes...) et incapacité à travailler en équipe.

Le faible nombre de candidats explique également cette situation.

Les écarts entre région en lien avec la démographie médicale sont importants : le recrutement est plus difficile dans certains ELSM. Plusieurs raisons expliquent le manque d'attractivité du concours :

- ▼ Démographie médicale qui ne porte pas à se tourner vers ce type de métiers
- ▼ Concurrence avec d'autres postes de médecins

- ▼ Image du métier mal connue et ressentie comme négative
- ▼ Grille de salaire peu concurrentielle
- ▼ L'élimination des candidats est plutôt liée à une future inadaptation au poste qui a pu être détectée pendant les oraux.

4) Le maintien d'un recrutement par concours vous paraît-il souhaitable ?

- **Des avantages de principes.**

La voie du concours permet de concentrer les sélections sur une période limitée avec une équité de traitement garantie par des jurys cohérents dans l'approche des compétences attendues, et donc des questions posées. C'est aussi facilitant pour organiser ensuite la fameuse « FIPC » à l'EN3S.

Le concours national permet de "sécuriser" le recrutement selon des critères harmonisés au niveau national : les MC sont recrutés en CDI ; le concours permet de s'assurer de leurs compétences et motivation.

- **Des limites liées au faible nombre de candidats.**

Ce concours recrute essentiellement des deuxièmes parties de carrière et présente en conséquence des limites : ces candidats, en termes de parcours professionnel, souhaitent le plus souvent rester au premier niveau (A) du métier de Médecin-conseil. Or, le contrôle médical a également besoin de futurs managers, ce qui plus difficile à concevoir quand on intègre ce métier en étant senior.

En termes de GRH, on pourrait avancer qu'une centaine de recrutement par an à l'échelle de la branche pourrait se faire par le biais de procédures de type sélection/consultant comme pour nombre de nos collaborateurs cadres supérieurs.

Il a le mérite d'une équité de traitement sur le territoire national mais manque de souplesse par rapport aux difficultés de recrutement.

- **Des propositions.**

Je propose que le diplôme de médecin-conseil soit reconnu par une filière universitaire : la récente réforme du 3^{ème} cycle des études médicales incluant la réforme de l'internat pour 2017 a créé 4 CO-DES et 5 spécialités nouvelles :

- ▼ Pourquoi ne pas créer un nouveau CO-DES : Santé Publique - Médecine sociale
- ▼ Ou bien une nouvelle spécialité de Médecine sociale à Part entière ?

Des passerelles pourraient être tendues vers d'autres sources : département de médecine générale par exemple ou médecin de santé publique en ce qui concerne les postes en l'agence régionale de santé.

Pour résoudre le problème de zones sous-dotées, on pourrait imaginer des mécanismes financiers à l'image des "contrats d'engagement de SP" pour les médecins libéraux.

Autres propositions :

- Concours OK à date fixe mais revoir la date de FIPC ou l'organisation FIPC permettant de concilier l'intégration (FIPC c'est mieux mais d'autres modalités sont envisageables = e-learning ; tutorat ; cas simples données...), le stage probatoire (possibilité de ne pas titulariser un candidat) et l'attractivité du concours (date d'entrée négociée entre l'admis et l'employeur)
- Formaliser l'entrée de MC (médecin-conseil) en CDD (ou CDI) avec un concours quelques mois après prise de fonction
- Mix concours et possibilité contrat temps partiel (maintien d'une activité libérale par exemple) sur le modèle Espagne par exemple

5) Les deux épreuves orales sont-elles adaptées au recrutement ? Éventuellement, comment pourraient-elles mieux révéler les compétences nécessaires à ce métier ?

- **Des épreuves adaptées.**

Les entretiens restent quand même une bonne façon de « rencontrer » le candidat et de rechercher chez lui les qualités que l'on attend d'un médecin-conseil.

Comme tout entretien, ce n'est pas une science exacte, mais le nombre de membres de jurys, leur mixité (médecins et administratifs), permettent de croiser différents avis et ressentis.

- **Une proposition : la restitution d'un mini-stage.**

Les deux épreuves sont complémentaires et pourraient être complétées par une restitution d'un « mini stage » de quelques jours dans un ELSM permettant un échange avec le jury sur le concret du métier et les attentes du candidat.

Annexe 3 : Tableau comparatif des revenus des médecins libéraux en 2011

	Revenu d'activité (en euros)			dont revenu libéral (en %)			Effectifs	Part du secteur 2 (en %)	Activité salariée (en %)
	Ensemble	secteur 1	secteur 2	Ensemble	secteur 1	secteur 2			
Omnipraticiens	82 020	83 120	72 520	95,3	95,5	93,6	57493	10,6	27,2
Anesthésistes	189 660	170 660	224 500	96,5	95,7	97,6	3173	35,7	15,8
Cardiologues	143 550	143 800	142 500	86,7	86,6	87,3	4200	19,2	54,0
Chirurgiens	176 840	152 310	183 370	85,3	68,0	89,1	5972	79,2	45,7
Dermatologues	86 230	80 910	93 800	94,3	96,1	92,0	3094	41,9	35,0
Gastro-entérologues	125 770	121 270	132 960	86,8	85,0	89,3	2018	38,9	54,9
Gynécologues	104 630	85 830	119 790	84,5	80,6	86,7	5160	56,0	43,3
Ophtalmologues	159 810	126 210	187 250	95,3	96,1	94,9	4438	55,6	36,6
Oto-rhino-laryngologistes	118 700	111 720	123 810	84,5	84,0	84,9	2122	57,5	61,0
Pédiatres	86 160	81 020	96 270	86,5	85,8	87,8	2499	33,7	52,7
Pneumologues	109 990	111 760	101 670	84,0	84,5	81,7	1100	18,1	61,1
Psychiatres et neuropsychiatres	84 470	83 300	87 350	82,5	82,6	82,2	5880	29,6	48,3
Radiologues	189 770	186 250	212 980	91,0	90,8	92,1	5658	13,4	32,9
Rhumatologues	94 830	91 320	99 100	89,3	92,4	85,9	1752	45,6	50,7
Stomatologues	141 570	129 320	157 890	92,6	93,1	92,1	952	43,5	36,9
Autres spécialistes	113 310	119 320	101 630	83,3	85,3	78,9	4134	31,0	54,4
Ensemble des spécialistes	133 460	125 060	145 610	88,6	87,8	89,5	52152	41,0	44,1
Ensemble des médecins	106 140	98 560	129 260	91,3	91,9	90,0	109645	25,1	35,1

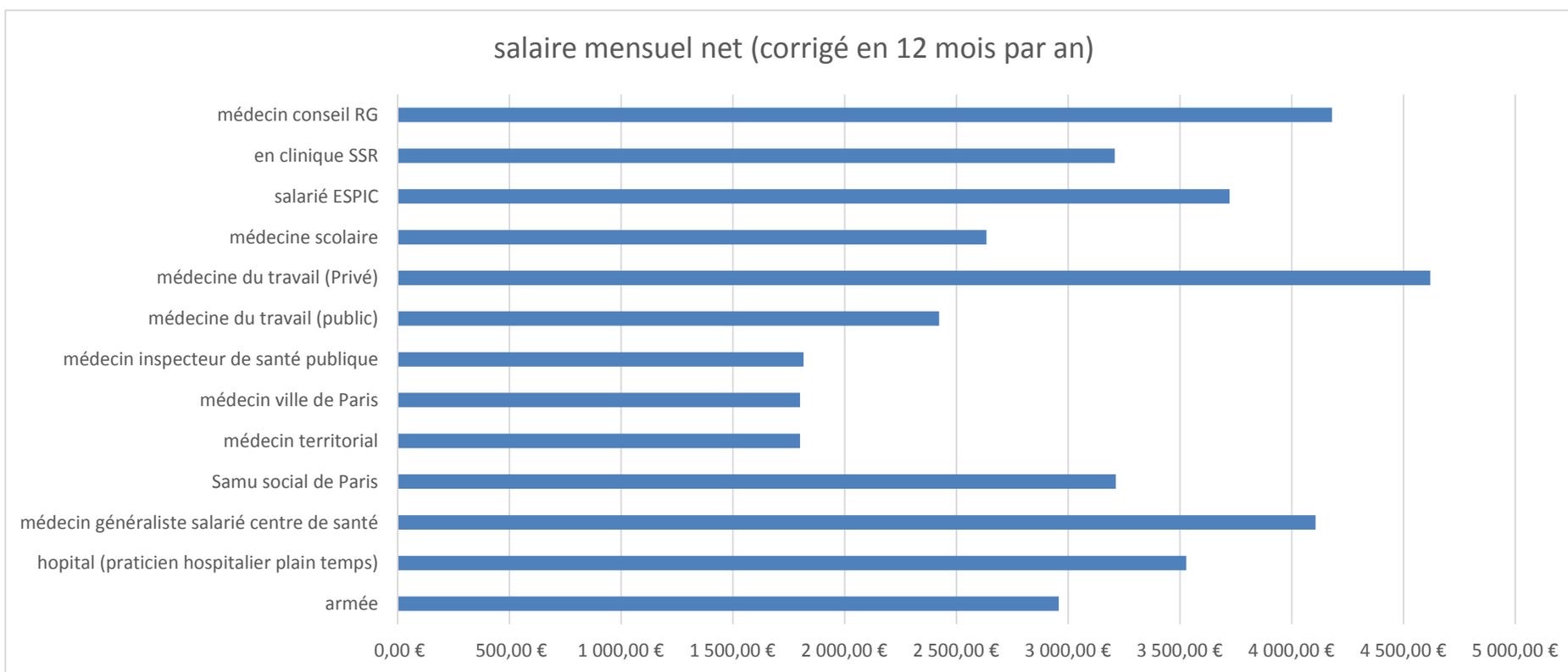
Champ > France métropolitaine, médecins conventionnés, âgés de moins de 70 ans, installés avant l'année d'observation et actifs le 31 décembre, ayant déclaré au moins un euro d'honoraires et au moins un euro de revenu libéral.

Sources > CNAMTS (Effectifs et part du secteur 2), INSEE-DGFIP-CNAMTS, exploitation DREES (Revenus et activité salariée).

Annexe 4 : Tableau comparatif des revenus des médecins salariés

employeur	contact	démarche entreprise	document	salaire trouvé (au plus petit échelon)	taux pour être en net	salaire mensuel net (corrige en 12 mois par an)
armée	service de santé des armées	recherche internet	flyer de recrutement	35500 net annuel + primes + avantages	0	2 958,33 €
hopital (praticien hospitalier plain temps)		recherche	Arrêté du 15 juin 2016 relatif aux émoluments, rémunérations ou indemnités des personnels médicaux	4150 (brut) + primes et indemnités	15%	3 527,50 €
médecin généraliste salarié centre de santé		recherche internet	annonce CDI	64000-85000€	23%	4 106,67 €
Samu social de Paris	Samu social de Paris	recherche internet	annonce vacation	27€brut/heure/mois (vacation de 3h)	15%	3 213,00 €
médecin territorial		recherche internet (emplois-collectivités.fr)	grille indiciaire	2118,08 brut 1er échelon + primes et indemnités	15%	1 800,37 €
médecin ville de Paris	Mairie de Paris	recherche internet (emplois-collectivités.fr)	grille indiciaire	2118,08 brut 1er échelon +primes	15%	1 800,37 €
médecin inspecteur de santé publique	Etat	recherche internet (emplois-collectivités.fr)	grille indiciaire	2136,83 brut / mois	15%	1 816,31 €

médecine du travail (public)		recherche internet (emplois-collectivités.fr)	grille indiciaire (public) + annonce (privé)	2850 brut 1er échelon (secteur public : CT) + primes / indemnités	15%	2 422,50 €
médecine du travail (Privé)		recherche internet (emplois-collectivités.fr)	grille indiciaire (public) + annonce (privé)	6000 brut	23%	4 620,00 €
médecine scolaire		recherche internet		3100 brut + primes et indemnités	15%	2 635,00 €
salarié ESPIC	fondation santé des étudiants de france	recherche internet	annonce CDD temps partiel 28h/semaine	58 k€	23%	3 721,67 €
en clinique SSR		recherche internet	annonce CDD	50 à 80k€	23%	3 208,33 €
médecin-conseil RG			convention collective	4918,28 brut : mois par an + primes et avantages	15%	4 180,54 €



Annexe 5 : Synthèse du questionnaire envoyé aux médecins-conseils en poste

Nombre de réponses : 119

63 % des répondants sont des femmes, 37 % des hommes. 56 % sont âgés de plus de 50 ans, 27 % ont entre 40 et 50 %. La quasi-totalité des répondants (91 %) sont sur le niveau de qualification A.

En synthèse, le profil type du répondant est donc plutôt une femme, de 50 ans ou plus, appartenant au niveau A de la grille de qualification des médecins-conseils.

Métier et rémunération :

Concernant le métier, 40 % en ont eu connaissance dans le cadre d'une démarche personnelle, 32 % par des confrères. Près de 10 % des médecins-conseils ont connu le métier dans le cadre de leurs études, sur un site internet ou dans le cadre d'un entretien confraternel.

La rémunération des médecins-conseils semble être un frein (pour rappel, ce n'est pas un problème pour les médecins-conseils de la FIPC). En effet, 55 % des médecins-conseils en place trouvent que la rémunération n'est pas cohérente avec le temps de travail, 67 % avec les enjeux liés au métier, autant avec les perspectives d'évolution.

Cumul et télétravail :

Le cumul d'activité est plébiscité. 52 % des médecins-conseils estiment qu'il est possible de cumuler cette activité de médecin-conseil avec une activité associative, 38 % une activité libérale. 72 % estiment également qu'il est possible d'exercer une activité autre. Les médecins-conseils en place, connaissant donc les limites liées notamment à la déontologie, estiment qu'il est possible de cumuler avec une activité associative, ou autre (clinique, enseignement...). La médecine libérale ne pourrait pas être exercée.

En revanche, 64 % des médecins-conseils estiment que le non-cumul est un frein au recrutement. C'est donc une piste à explorer dans le cadre de la recherche-action.

Les missions exercées ne sont pas considérées comme incompatibles avec le télétravail. Ainsi, 42 % des répondants estiment que l'activité de *contrôle des prestations et relations avec les assurés* (CPRAA) peut être exercée en télétravail, dès lors qu'il s'agit d'un contrôle sur pièces. Pour 37 % des répondants, les *relations avec les professionnels de santé* (RPS) sont compatibles avec le télétravail, au moins pour la partie préparation des entretiens. 34 % estiment que l'activité de *contrôle contentieux* (CCX) est également compatible avec le télétravail. Seuls 8 % des répondants estiment à l'inverse que le télétravail est fondamentalement incompatible avec les missions, car ne permettant pas de garantir les règles de secret professionnel nécessaires à l'exercice du métier de médecin-conseil.

Motivations :

Concernant les motivations ayant poussé les médecins-conseils à passer le concours, 71 % souhaitaient une meilleure « conciliation vie professionnelle/vie personnelle », 56 % ambitionnaient de « développer de nouvelles compétences », 53 % étaient intéressés par le

« statut de salarié », 50 % souhaitent « travailler en équipe », et 44 % pour « les valeurs de la sécurité sociale ».

Les conditions de travail (nouveau métier, salariat et donc temps de travail plus souples) sont très majoritairement les raisons ayant précédé de la motivation des médecins-conseils.

Concours et après concours :

Concernant le concours, 76 % des 119 répondants sont favorables à son maintien. Pourtant, les réponses écrites sont plus nuancées. Ainsi 14 des 95 répondants à la question du « pourquoi le concours est-il ou n'est-il pas indispensable » estiment qu'il permet de faire un recrutement de qualité, 11 qu'il permet de tester les motivations, 6 les connaissances des candidats. 4 parlent d'équité de traitement, et 3 des valeurs, de légitimité ou encore de valorisation du concours.

Pour autant, 27 pensent qu'un entretien de recrutement classique serait suffisant. Pour ces répondants, les deux oraux ne légitiment pas le bénéfice d'un concours, et ce particulièrement dès lors que le nombre de places est supérieur au nombre de candidats. Des entretiens de recrutement classiques faits au niveau des régions semblent pour eux suffisants, et l'ouverture des postes en CDD ou CDI assorti d'une période d'essai serait suffisante.

L'accompagnement des nouveaux médecins-conseils est un réel sujet. 24 des 119 répondants estiment que la cessation d'activité/cession nécessiterait un accompagnement, 15 une aide au déménagement, 12 auraient aimé bénéficier de plus de temps ou de flexibilité, 10 un accompagnement à la transition « économique » (perte de salaire, cotisations sociales à payer en décalé), et 8 estiment qu'un guide serait le bienvenu. A l'inverse, 8 estiment qu'il n'y a besoin d'aucun accompagnement.

Il est à noter que les médecins-conseils embauchés en CDD n'ont pas rencontré de difficultés afin d'envisager la transition professionnelle.

Axe d'amélioration principal :

Pour 56 % des répondants, l'axe à travailler afin d'améliorer le recrutement de médecins-conseils est la rémunération. 18 % estiment qu'il s'agit de la communication, 11 % le cumul d'activité.

Ils ont la parole :

Un certain nombre de médecin (minoritaires) reviennent dans la partie « champ libre » sur la rémunération qui ne semble pas suffisante. L'image de l'assurance maladie est également évoquée, avec des actions à mener auprès des étudiants en médecine. Les missions du médecin-conseil devraient évoluer selon certains vers plus de conseil afin de redorer l'image du métier. Globalement, une meilleure communication serait la bienvenue. Enfin, le concours ne semble plus bénéficier de crédit auprès de certains médecins-conseils qui estiment qu'un recrutement « RH » au niveau des DRSM permettrait d'améliorer l'attractivité du métier sans dégrader la qualité des recrutements.

Annexe 6 : Synthèse du questionnaire envoyé aux médecins-conseils en formation (50^{ème} promotion FIPC)

Nombre de réponses : 51 sur 70 élèves soit 72.8%

68.6% des répondants sont des femmes, 31.4 % des hommes. 56 % La totalité des répondants sont sur le niveau de qualification A. Les nouveaux recrutés ont entre 29 ans et 72 ans.

Métier et rémunération :

Concernant le métier, 37.3 % en ont eu connaissance dans le cadre d'une démarche personnelle, 27 % par des confrères. Seuls 7% des médecins-conseils ont connu le métier dans le cadre de leurs études et 2% à la suite d'une démarche de communication de la CNAMTS.

La rémunération des médecins-conseils ne semble pas être un frein Plus d'un tiers pense que la rémunération d'entrée est cohérente avec le temps de travail, les enjeux et les perspectives d'évolution offertes.

Cumul et télétravail :

Le cumul d'activité est plébiscité même si une pleine conscience des risques notamment de conflits d'intérêt est mise en avant. La médecine libérale ne pourrait pas être exercée.

En revanche, 60 % des médecins-conseils estiment que le non-cumul est un frein au recrutement. C'est donc une piste à explorer dans le cadre de la recherche-action.

Les missions exercées ne sont pas considérées comme incompatibles avec le télétravail. Ainsi, 1/3 pense que les avis sur pièces pourraient parfaitement correspondre à du temps en télétravail.

Motivations :

Concernant les motivations ayant poussé les médecins-conseils à passer le concours, 68 % souhaitaient une meilleure « conciliation vie professionnelle/vie personnelle », 58% souhaitent travailler en équipe et 55 % ambitionnaient de « développer de nouvelles compétences ».

Les conditions de travail (nouveau métier, salariat et donc temps de travail plus souples) sont très majoritairement les raisons ayant procédé de la motivation des médecins-conseils.

Concours et après concours :

Concernant le concours, 88.2% sont favorables à son maintien. Le souci de préserver une sélection notamment sur l'adéquation des profils et du métier ainsi que sur les motivations semblent en être la raison.

Un accompagnement supplémentaire pourrait être un levier important pour améliorer le recrutement. 27 répondants sur 51 pensent qu'il serait nécessaire d'accompagner les libéraux sur la cessation de leur cabinet.

Communication :

Concernant la communication, 96% des interrogés sont convaincus que la CNAMTS devrait communiquer davantage sur l'image du MC dans le but de la rendre plus attractive.

Les trois leviers principaux à l'amélioration de l'attractivité selon les nouvelles recrues sont : la communication (35.3%), la rémunération (29.4%) et la mise en avant du parcours professionnel (19.6%).

Annexe 7 : Synthèse du questionnaire envoyé aux médecins libéraux.

Nombre de réponses : 40

Profil des répondants et conditions d'exercice.

55% des répondants sont des femmes et 45% des hommes 56 %.

80% exercent dans une zone sous-dotée en médecins.

80% exercent depuis plus de 5 ans.

Métier et rémunération :

Les médecins libéraux méconnaissent globalement le salaire brut en début de carrière d'un médecin-conseil. Leurs estimations sont, pour la plupart, assez largement sous évaluées (plus de la moitié des réponses). Seul un quart des interrogés nous ont donné un ordre de grandeur satisfaisant.

Selon vous, quelles sont les missions confiées au MC ?

- Constater les abus en matière de soins, de prescription d'arrêt de travail et d'application de la tarification des actes et prestations (36%)
- Analyser sur le plan médical, l'activité des établissements de santé, des PS (22%)
- Etablir des recommandations sur les soins (18%)
- Concourir, par l'ensemble des actions menées à la gestion du risque (GDR) assurée par les caisses d'assurance maladie (30%)

Le cumul des activités libérales et de médecins-conseils est susceptible d'intéresser près d'un quart (22.5%) des libéraux sondés.

Le concours :

Le concours n'est pas perçu comme illégitime ou inadapté au recrutement des MC. Respectivement, 37% et 43% des libéraux interrogés pensent qu'il est « nécessaire » et « plutôt adapté ». Seuls 12% estiment qu'il est « plutôt inadapté » et 8% « totalement inadapté ».

Les motivations :

Les motivations qui inciteraient les libéraux interrogés à passer le concours de MC sont, pour les premières, relatives aux conditions de travail : meilleure « conciliation vie professionnelle/vie personnelle (25%), le statut de salarié (20%). D'autres sources de motivations importantes sont la possibilité de développer de nouvelles compétences (15%) ou, de manière négative, la contrainte –par ex. de santé...- (13%).

Les « valeurs », aux contours flous, et les « échanges confraternels (6% chacun) sont des leviers de motivation mineurs.

Commentaires libres :

Ils font apparaître une mauvaise image des MC auprès des libéraux. Les MC sont présentés comme des « censeurs », acteurs de la « dévalorisation » de l'activité médicale. Les réponses soulignent également qu'il ne s'agit plus d'une activité clinique.

Annexe 8 : Synthèse des interviews des médecins libéraux

(Régions d'exercice : Midi-Pyrénées, Hauts de France, Alsace, Haute Corse)

Parmi les 9 médecins interrogés :

6 hommes et 3 femmes ont répondu. 1 a moins de 30 ans, 1 a entre 30 et 40 ans, 3 ont entre 50 et 60 ans et 4 ont plus de 60 ans. 1 est installé depuis moins de 3 ans, 1 depuis plus de 3 ans mais moins de 5 ans, et 7 depuis plus de 5 ans.

Trois ont eu un autre mode d'exercice avant cette activité libérale (hôpital et clinique pour l'un, collaboration/remplacement salariée et libérale pour les deux autres). Sur les 6 ayant toujours été libéraux, l'un est aussi médecin de prévention pour le ministère du budget et des finances.

Trois ont des contacts réguliers avec un médecin-conseil (plusieurs fois par an, une fois tous les 3 mois au téléphone ou à chaque désaccord de prescription)

A la question « Pourriez-vous nous décrire les missions dédiées au médecin-conseil ? »

- Sept ont répondu : contrôles d'actes ou de prescription
- Quatre : contrôle / entretien des patients qui en arrêt (notamment de longue durée)
- Trois ont répondu : entretiens avec les MG sur leur activité
- Trois : demandes de prises en charge
- Un : décisions administratives variées
- Un : de pouvoir justifier des indemnités versées par cpm
- Un : prévention
- Un : accueillir lors de l'installation
- Un : émettre un avis sur les patients pour lesquels on propose une invalidité ou équivalent

A la question : « pourriez-vous « estimer » le salaire d'un médecin-conseil ELSM en début d'activité ? », les répondants ont estimé à :

- 5000 euros
- entre 4000 et 5000
- 4000 euros/mois
- entre 3500 et 4000 euros
- 3000 euros/mois (pour deux d'entre eux)
- entre 2500 et 3500 euros
- Aucune idée (pour deux d'entre eux)

A la question : « Envisagez-vous d'exercer ce métier un jour ? Pourquoi ? »

5 ont répondu non, en argumentant :

- « Non jamais, car on ne soigne plus de malade »
- « Non mais j'y ai pensé auparavant par attrait pour le salariat : la charge de travail plus stable aurait pu m'inciter à devenir MC. La possibilité d'un cumul d'activité, même en hospitalier, aurait sans doute favorisé davantage ma démarche. »
- « ce ne sont pas des médecins »
- « C'est beaucoup trop administratif, on ne voit que des dossiers. Dans ma pratique, je connais les gens, je les suis, je sais qui ils sont. »

- « Le conseil c'est moins gratifiant. Lorsqu'on est médecin prescripteur, on établit un diagnostic et on donne un traitement »

3 ont répondu oui, en argumentant :

- « mais freins : grand changement de vie, de pratiques, attaché à l'activité de soins (prescriptions, rapport avec les malades) »

- « quand j'aurai besoins de concilier vie pro et vie perso et que je « saturerai » sur la partie soins »

- « question de considération que les patients lui accordent (un « produit de consommation ») = changer de rapport avec le patient (moins d'empathie mais intéressant) »

Un a répondu + ou -, en argumentant :

- « Jamais posé la question. Aperçu négatif, car c'est l'aspect contrôle qui est principalement connu. Le côté administratif détaché de médecin en cabinet. Le côté positif, c'est pour les patients qui ne veulent pas reprendre le boulot. »

A la question : « Quelles perspectives selon vous à la profession de médecin-conseil ? », les répondants ont dit :

- « Peut-être des actions de formation en direction des médecins compte tenu de la complexification de la loi et des formalités administratives de plus en plus prégnantes »

- « Médecins-chef, possibilités d'évoluer mais monter dans la hiérarchie serait s'éloigner du patient et du cœur du métier (trop d'administratif) »

- « Les MC pourraient directement apprécier les durées d'arrêt de travail car il est davantage neutre et indépendant par rapport aux libéraux qui ne veulent pas perdre un patient. De plus, Le cumul d'activité est une idée très intéressante. Elle permet de ne pas couper le lien avec l'activité de soins et la réalité du terrain. On contrôle sûrement d'autant mieux que l'on conserve une activité de soins. »

- « Tout dépendra des orientations politiques et des orientations futurs du système de santé »

- « Pas trop de perspectives (restent figés à leur profession) » (x 2)

- « Ils vont être multipliés car les gouvernements successifs veulent faire rentrer les médecins libéraux dans des cadres de pratique »

- « Repositionner la personne malade dans un poste de travail pourrait être important »

A la question : « Parmi les propositions ci-dessous, lesquelles vous motiverez à devenir Médecin-conseil ? (3 maxi) »

Le statut de salarié pour 5

Conciliation vie professionnelle/vie personnelle pour 4

Le travail en équipe pour 3

Développer de nouvelles compétences pour 2

Par obligation (santé, famille ...) pour 2, dont un a étayé : « en cas d'échec dans la carrière de libéral »

Les perspectives d'évolution pour un

Les valeurs de la Sécurité Sociale pour un

A la question : « Souhaitez-vous nous faire part de remarques autres », trois grands axes se sont dégagés :

- La communication : « Pas de présentation du métier de MC à la fac d'Angers. La CPAM devait venir 2 fois, et a annulé 2 fois. Mauvaise communication, voire pas de communication

du tout (le seul écho = les échos des médecins). Aucune connaissance des modalités de recrutement, des conditions d'exercice. »

- Sur l'âge/profil des MC : « Métier qu'on envisage après un certain moment d'exercice (pas à la sortie) = avoir acquis une certaine maturité, savoir de quoi on parle (les jeunes pourraient manquer de recul) »

« La profession n'attire pas suffisamment les jeunes. Dans les études de médecine, les praticiens hospitaliers investissent largement les universités et n'évoquent pas l'activité de MC. Il faudrait idéalement en parler à l'université dès la 3ème année ; ne pas attendre la 6e. Pourtant, les aspirations des jeunes à plus de temps libre et de vie privée peuvent être une perspective favorable au métier de MC. »

« Le côté épidémiologie (santé publique), des médecins qui ont un mauvais feeling avec la patientèle, pas de contraintes du libéral. »

- Attractivité par rapport à autre médecine salariée hors hospitalière (médecine du travail, médecine scolaire...) : « concerne tout le monde, public + général (et les valeurs de la sécurité sociale) »

« Plus attractif que médecin scolaire (qui disparaît) et que médecin du travail (car relation avec le patron biaise la qualité de l'activité + met une certaine pression) »

Annexe 9 : Tableau de suivi des actions du groupe

Titre	Quoi ?	Référent	Avancement/deadline	Emplacement
Synthèse sondage MC	Faire une synthèse du sondage envoyé aux médecins-conseils	Thomas	Clôture du sondage le 13 juillet	Documents > sondages
Synthèse sondage FIPC	Faire une synthèse du sondage envoyé aux médecins-conseils de la 50 ^{ème} promotion	Aurélie	Clôture du sondage le 13 juillet	Sondages > FIPC
Synthèse sondage ML	Faire une synthèse du sondage envoyé aux médecins libéraux	Thibaut	Réalisée	Sondages > Libéraux
Synthèse entretiens individuels	Faire une synthèse des entretiens individuels avec les médecins libéraux	Rodrigue	Synthèse à faire pour fin juillet	Echanges > Interviews libéraux
Introduction	Rédiger l'introduction de la RA pour transmission à la DIFI	Anne	A faire pour la semaine du 10 juillet	Livrables > Rapport
Plan	Rédiger un plan détaillé pour transmission à la DIFI	Anne et relecture commune groupe	A faire pour la semaine du 10 juillet	Livrables > Rapport
Benchmark International	Faire un benchmark des modalités de recrutement des médecins-conseils dans les autres pays	Thomas	A faire pour la rentrée	Ressources > Benchmark International
Etude juridique sur ouverture médecins étrangers	Faire une analyse juridique "rédigée" des possibilités de recours aux médecins étrangers	Rodrigue + Thomas	A faire pour la rentrée	Ressources > Etude juridique ouverture étrangers
Benchmark rémunérations	Faire une synthèse du benchmark des rémunérations et des modalités de recrutement des autres médecins (scolaire, assurance, travail)	Anne + Thibaut	Réalisé	Ressources > différences salaires

Contacts Facultés	Mener des entretiens avec différentes facultés sur les modalités d'intervention de la branche maladie et la présentation des métiers de MC	Thibaut	Réalisé (entretien avec le Pr. Rollin)	Echanges > facultés
Contact réseau service médical	Mener un entretien avec un médecin-conseil chef en lien avec les enseignements FIPC	Le groupe	Réalisé (Dr Saint Paul)	Echanges > entretiens
Entretien CCMSA	Mener un entretien individuel avec le médecin-conseil chef de la CCMSA	Thomas	Fait	Echanges > 20170630 Entretien Dr Simon CCMSA
Synthèse Rapport Cour des comptes + recommandations CGC	Récupérer le rapport de la Cour des comptes, faire une synthèse des recommandations en les croisant avec les recommandations de la CGC	Aurélié + Rodrigue	A faire pour la rentrée	Ressources > Synthèse audit Cour des comptes
Carte France avec postes vacants et pourvus	Faire une carte de France avec les différentes zones dotées et sous dotées suite au concours (cf. Mail Aurélié du 23 juin à 11h18)	Thibaut - Aurélié	Fait	Ressources > cartographie suite concours
Membres du jury	Entretien avec les membres du Jury + synthèse de ces entretiens	Thibaut	Fait	Echanges > membres du jury
Benchmark autres régimes	Faire un benchmark sous forme de synthèse des modalités de recrutement des autres régimes	Rodrigue + Thomas	En cours (à faire pour la rentrée), conditionné aux entretiens régimes spéciaux	Ressources > Benchmark autres régimes

Entretiens régimes spéciaux	Réaliser des entretiens avec les régimes spéciaux	Rodrigue + Thomas	Entretien le 11 juillet à 10 heures avec Jean-Guy Meschi de la CAVIMAC	Ressources > Benchmark autres régimes
Entretiens individuels FIPC	Mener un entretien individuel avec le référent miroir de la FIPC, puis faire une synthèse	Tous	1 entretien en juillet, 1 entretien au second semestre de 2017	Echanges > Référents miroirs

Membres de l'équipe : Thomas Desmoulins, Anne Haugmard, Rodrigue Lopez, Aurélie Magne, Thibaut Staudt

Titre du rapport : Comment améliorer l'attractivité des métiers et le recrutement des médecins-conseils ?

Directeur de recherche-action : Eléonore Ronflé

Mots clefs : réseau médical ; médecins-conseils ; assurance maladie ; concours ; communication ; recrutement

Tous les ans, constat est fait d'un manque de candidats au concours de médecin conseil proposé par l'assurance maladie (104 candidats pour 130 postes en 2017). La principale cause de ce déficit est la méconnaissance générale du métier et surtout des missions. Il apparaît donc important de redéfinir la communication au niveau de la CNAMTS et de prévoir la présence de l'assurance maladie dans les facultés.

La pertinence du recrutement sur concours est également questionnée. Le manque de candidats et la rigidité du calendrier de formation de la formation initiale a amené le groupe à réfléchir à un système d'inscription sur liste aptitude pendant plusieurs années. De plus, une formation continue plus personnalisée dans les modules et dans les dates permettrait de gagner en adaptabilité. En parallèle, le recours aux CDD pourrait être encouragé.

La politique de rémunération reste plutôt avantageuse pour les médecins conseils, surtout lorsqu'on la compare avec les autres principaux métiers de médecine salariée (médecine scolaire, médecine du travail, etc.). Outre la rétribution, les conditions d'exercice peuvent être réinterrogées pour rendre le métier plus attrayant. Ainsi, la CNAMTS pourrait lancer une étude sur la possibilité de cumul d'activité et de télétravail. La logique de parcours professionnels pourrait être intégrée au métier de médecin-conseil.

Concernant les missions, replacer le conseil (et non le contrôle) au centre des activités pourrait également permettre de retisser des liens forts entre médecins conseils et médecins libéraux et améliorer l'image du métier auprès de ceux-ci.

Par ailleurs, une refonte plus globale de l'organisation du service médical peut également être envisagée. Actuellement, les praticiens sont rattachés à un régime (général, agricole, RSI). Il est proposé de fusionner les services médicaux des différents régimes. Les ressources mutualisées permettraient de répondre en partie aux manques sur les territoires. Ce réseau serait hiérarchiquement rattaché à une entité nationale.

Afin d'établir un diagnostic des besoins en matière d'attractivité, le groupe a procédé à des interviews et des sondages auprès de médecins libéraux, mais aussi des médecins de la promotion actuelle des praticiens conseils et des médecins-conseils déjà en poste.