

(S')en sortir

Contraintes, aménagements et sorties du métier
de médecin généraliste libéral

**Sandrine Garcia, Sandrine Caroly, Carine Erard, Maud Gelly, Christine Hamelin,
Sabrina Nouri-Mangold, Lucie Reboul**

Remerciements

Nous tenons à remercier tous les médecins et les personnes que nous avons rencontré·es au cours de notre enquête et qui sont mobilisé·es pour la santé : chargés et chargées de mission, coordinatrices de maison de santé, maires et mairesses qui nous ont accordé toute leur attention et leur confiance.

Nous remercions aussi Guillaume Coindard et la Société Française de Médecine Générale pour sa participation active à l'enquête, l'aide qu'elle nous a apportée et sans laquelle cette enquête n'aurait pas pu avoir lieu.

Nous remercions la DREES et son comité de pilotage scientifique pour son accompagnement et ses conseils avisés et constructifs.

Sommaire

Remerciements	2
Introduction	6
I. La santé mentale des médecins sous un angle sociologique et ergonomique : apports de la littérature	12
A. Les différents types de production.....	12
1. Les rapports sur le burn out.....	12
2. Les données statistiques.....	13
3. Les conditions de travail dans les travaux sociologiques sur la profession médicale	13
4. Les travaux généraux sur les conditions de travail	14
B. Des conditions d'exercice variables, inégalement propices à la santé des médecins	15
1. Charge de travail et contexte de travail.....	15
2. Des caractéristiques de la charge de travail et ses effets sur les conditions de vie	16
3. Santé et surtravail chez les médecins généralistes.....	18
II. Méthodologie.....	21
A. Modalités de constitution d'un corpus de médecins généralistes et approche sociologique	21
B. Des profils variés	23
C. Méthodologie de recherche en ergonomie	24
1. Protocole de recherche.....	24
2. Échantillon.....	25
III. Enquête sociologique.....	26
A. Travail médical, travail administratif, travail domestique : des médecins généralistes à bout de souffle	26
1. Des journées de travail longues et intenses : un travail « à rallonge », difficile à borner	26
2. Des médecins en quête de conditions de travail compatibles avec la qualité des soins... et de la vie personnelle	29
3. Un travail administratif croissant et qui envahit la sphère professionnelle et privée....	32
4. Un modèle genré d'articulation des temps sociaux devenu « invivable » mais qui continue de s'imposer	37
5. Mise en tension et basculement vers l'épuisement : les mères en première ligne.....	38
6. Des femmes sans enfants et sans limites loin d'être épargnées.....	42
7. Les études de médecine : une instance de socialisation au travail sans limites.....	44
8. Un cas de basculement : ne pas pouvoir compter sur les autres	45
9. Conclusion : Travail médical empêché et santé des médecins	50
B. Les difficultés liées aux patient-es en difficulté ou « difficiles ».....	50
1. Les patient-es « difficiles »	51

2.	Des médecins qui recherchent les patientèles populaires	56
C.	Des médecins qui trouvent des solutions pour préserver leur santé.....	62
1.	Aménager le temps de travail et déléguer des tâches	62
2.	L'homéopathie, une manière de lutter contre la charge mentale imposée par la pratique en milieu populaire.....	64
3.	Pratiquer la médecine alternative pour préserver sa santé, sans trahir les valeurs de la médecine générale.....	66
4.	Sortir de la carrière médicale, lorsque mettre des limites à son activité devient trop usant	70
5.	Le salariat, une alternative lorsque la santé est menacée	72
6.	Socialisation primaire et socialisation professionnelle	76
IV.	L'enquête ergonomique. Souffrance mentale des médecins généralistes en zone désertifiée- Volet ergonomique	78
A.	Définition des déserts médicaux.....	78
1.	Point de vue quantitatif : un indicateur APL	78
2.	Point de vue des médecins : une réalité complexe	79
B.	La gestion des temps en zone désertifiée.....	81
1.	Volume des patients et organisation temporelle des plannings	81
2.	Contenu des consultations : combiner des temps multiples	83
3.	Des modèles temporels de l'activité différenciés ?.....	85
C.	la complexité du travail des médecins : un champ de compétences variées	87
1.	Des situations variées	87
2.	Connaître les patients	88
3.	La coopération médecin-patient	89
D.	La construction d'un réseau professionnel.....	89
1.	Se réunir en maison de santé.....	90
2.	Élaborer un collectif en dehors du cabinet	90
3.	Construire de la pluridisciplinarité.....	91
4.	Construire un réseau local de soin (infirmière, secrétariat, assistante médicale)	91
5.	Un réseau construit au fil du parcours.....	92
E.	Les parcours des médecins.....	92
1.	Tableau récapitulatif des parcours.....	92
2.	Devenir médecin et s'installer en zone désertifiée	93
3.	Adapter son planning au fil du temps	94
4.	Préparer et anticiper son départ et celui des autres.....	94
F.	Présentation de deux chroniques d'activité de médecins observés en consultation	95
1.	L'activité de consultation du Médecin F61.....	95

2.	L'activité de consultation du Médecin H36.....	99
G.	Les liens santé et travail	102
1.	Des médecins qui tiennent.....	103
2.	Des médecins avec des épisodes d'épuisement	103
3.	Des médecins épuisés	104
4.	Des médecins qui souhaitent partir	104
H.	Les actions de prévention visant à soutenir l'activité des médecins généralistes en zone désertifiée.....	106
1.	S'orienter vers la création de maison de santé pluridisciplinaire (MSP) ou de CPTS..	106
2.	Coordination avec le réseau de soin sur un territoire (urgence, accès aux spécialistes, proximité de soins - pharmacie, IDE à domicile, etc.)	107
3.	Des dispositifs à inventer pour sortir de la souffrance mentale	108
4.	Des compétences de soutenabilité à valoriser.....	109
5.	Perspectives politiques pour la prévention.....	110
I.	Conclusion de l'enquête ergonomique	111
	Conclusion générale.....	113
	Annexe : Tableau de synthèse des entretiens semi-directifs réalisés.....	118

Introduction

Ce rapport aborde la question de la santé mentale des médecins généralistes exerçant ou ayant exercé en libéral à partir d'une exploitation d'entretiens sociologiques réalisés avec des médecins ayant quitté ou considérablement aménagé leur activité de généraliste en secteur libéral, et d'une enquête ergonomique. Notre analyse s'attache à établir les liens qui font basculer les médecins d'une situation de surmenage structurel vers des troubles psychiques. L'enjeu est ici de comprendre comment on peut passer de risques psycho-sociaux liés à des conditions de travail difficiles à des troubles de santé situés à l'articulation de configurations professionnelles spécifiques, de dispositions et de trajectoires sociales.

Rappelons que nous faisons l'hypothèse que dans les territoires urbains populaire et en milieu rural défavorisé (éloigné des centres urbains, à composante populaire, confronté à des problèmes de vieillissement), les médecins généralistes étaient particulièrement exposés à des troubles de la santé mentale, étant plus qu'ailleurs confrontés aux effets des conditions de vie délétères de leur patientèle (précarité, chômage, vieillissement, etc.) qui influent nécessairement sur leurs conditions d'exercice. Ce rapport, on le verra, apporte des éléments de réponse et montre que ces conditions particulières n'épuisent pas, loin de là, le problème qui est bien plus structurel, mais qu'en effet, exercer en milieu populaire ou plutôt précaire est une cause majeure de difficultés portant atteinte à la santé, tandis que les zones médicalement sous-densifiées posent des problèmes de contrôle du volume de l'activité, de l'amplitude des horaires, et suscitent également de fortes tensions, la situation la plus critique du point de vue de la santé mentale étant l'exercice en territoire urbain sous-dense, en libéral (à la différence de l'exercice en centres de santé qui permet de limiter l'amplitude horaire et, ce faisant, de se protéger un peu de l'épuisement lié aux tensions associées à de fortes demandes de la part de la patientèle).

Nous avons choisi de ne pas reprendre la distinction, qui ne semblait pas opérante dans le cas de notre enquête, entre d'une part la santé mentale et d'autre part une santé qui ne serait que physique. En effet, quid des effets psychosomatiques dont on sait que le stress peut-être un puissant générateur ? Comme le soulignent Michel Tousignant et Viviane Kovess, « il n'existe pas de ligne de partage claire entre les manifestations physiques et les manifestations somatiques »¹. Ces interactions entre le psychisme et le corps dans le cadre de l'exercice professionnel, ainsi que leurs mécanismes, ont été analysés par Philippe Davezies². Ainsi, nous parlerons préférentiellement de la santé des médecins, sans distinguer santé physique et psychique, qu'il s'agisse de pathologies qui touchent le corps, comme par exemple les AVC, infarctus et autres problèmes d'ordre somatique, ou de troubles classiquement considérés comme psychiques, comme l'anxiété ou la dépression.

Pour analyser les effets de la socialisation de ces médecins et de leurs conditions de travail sur leur santé mentale, nous nous appuyons sur le modèle dispositionnel développé par Bernard Lahire, qui se propose de « prendre en compte le poids du passé incorporé, c'est-à-dire tout ce que l'acteur importe dans la scène d'action, sans penser qu'il détermine mécaniquement les actions individuelles », tout en intégrant « l'interaction entre le passé incorporé et le contexte présent »³. Selon Bernard Lahire, le contexte présent de l'action peut, de ce fait, être étudié de deux points de vue: en tant que cadre déclencheur de dispositions déjà incorporées, ou bien en tant que cadre socialisateur des acteurs⁴. Certains événements, dans la vie de nos enquêtés, ont joué ce rôle socialisateur : une enquête, ainsi, pleurait encore pendant

¹ Michel Tousignant, Viviane Kovess, « L'épidémiologie en santé mentale », *Sociologie et sociétés*, Volume 17, n°1, avril 1985, p. 5.

² Philippe Davezies, « Souffrance au travail et enjeux de santé : le rôle charnière de l'inflammation et du stress oxydant », 2017, 19-1.

³ Sophie Denave, *Reconstruire sa vie professionnelle. Sociologie des bifurcations biographiques*, PUF, 2015, p. 15-16.

⁴ Bernard Lahire, *Dans les plis singuliers du social. Individus, institutions, socialisations*, la Découverte, 2013, p. 138.

l'entretien, 20 ans après l'événement, au souvenir d'avoir été attachée à un lit près d'un malade intubé toute la nuit en guise de mesure de rétorsion (elle avait parlé d'une manière trop pressante à l'équipe). Une autre parle d'une « cassure » qui s'est produite à un moment donné lorsqu'elle a pris conscience du peu d'empathie de sa patientèle pendant sa grossesse ; un autre, physiquement agressé par un patient, ne s'est pas remis du manque de soutien de sa hiérarchie. Quant aux dispositions déjà incorporées, elles varient fortement, étant donné la diversité des profils de nos enquêtés, mais il apparaît qu'elles sont éloignées des dispositions entrepreneuriales qui permettent à certains de mieux tirer profit du couple investissement/rétribution.

Cette approche dispositionnelle permet de ne pas enfermer l'analyse dans les limites d'une sociologie des professions qui tendrait à considérer celles-ci comme des acteurs collectifs et des entités homogènes, pour davantage prendre en compte « l'ancrage social des professionnels » et intégrer « la manière dont les dispositions sociales contribuent à façonner les carrières, les visions du métier et les pratiques professionnelles »⁵. Dans la lignée de David Pichonnaz et Kevin Toffel¹, nous considérerons les professions comme des espaces sociaux à partir de la théorie des champs de Pierre Bourdieu, ce qui nous permettra de les penser « comme des espaces de concurrences entre des agents qui se différencient ». Dans cette perspective, « cette différenciation règle les positions occupées par les agents parmi l'ensemble des positions possibles, elles-mêmes déterminées par un état de cet espace social, notamment par les rapports de force qui le traversent et le structurent ». Ainsi, « les manières d'occuper ces positions dépendent pour leur part des trajectoires sociales des agents, c'est-à-dire de leurs dispositions acquises au travers de processus cumulatifs de socialisations ».

L'espace de concurrence n'apparaît pas dans notre enquête directement : il est pourtant omniprésent, en creux, car les médecins du secteur libéral sont en concurrence pour l'occupation de positions qui leur garantiront à la fois les meilleurs revenus et les conditions de travail les plus avantageuses. Or, ces positions ne sont pas également disponibles à toutes les candidat-es à l'installation, soit parce qu'elles sont déjà occupées, soit parce qu'elles supposent des ressources qui ne sont pas accessibles à toutes, soit encore parce qu'elles n'intéressent pas les médecins qui sont trop éloigné-es par leur socialisation de ces positions. Notre corpus d'entretiens révèle au moins en partie ces différenciations, qui se traduisent par des possibilités plus ou moins grandes, pour les médecins, de maîtriser leur emploi du temps (qui dépend de la densité médicale de leur territoire immédiat), des ressources pour exercer leur profession plus ou moins présentes sur un territoire donné (les autres professionnels de santé, les établissements hospitaliers proches, etc.) et des caractéristiques diversifiées de leur patientèle. En effet, ces caractéristiques déterminent au moins en partie les conditions de travail, parce qu'elles pèsent sur le temps de consultation et sur les attentes (et donc la charge de travail) à l'égard des médecins. Le sens de cette relation (entre caractéristiques des patient-es et conditions de travail) n'est pas univoque : à ce titre on peut comparer les médecins et les enseignant-es, pour qui les individus issus des classes populaires exigent généralement plus de travail, induisent un stress plus important mais confèrent aussi un sentiment d'utilité plus grand aux professionnel·les pour lesquels·les la lutte contre les inégalités représente un enjeu important, de sorte que cette catégorie d'usager-es peut être subie ou choisie ou parfois, choisie autant que subie⁶ sont aussi les autres médecins et leur attitude face à ces usager-es qui peuvent être sources d'insatisfaction.

Quoiqu'il en soit, ce sont bien « les processus cumulatifs de socialisation » qu'il s'agit d'interpréter, en admettant le fait que les socialisations sont emboîtées. En nous appuyant cette fois sur le travail de Muriel Darmon⁷, qui distingue plusieurs formes de socialisation (de renforcement, de conversion et de transformation), nous évitons de mobiliser des schèmes d'interprétation qui conduiraient à traduire de

⁵ David Pichonnaz, Kevin Toffel, « Pour une analyse dispositionnelle des pratiques professionnelles », *Emulations, revue de sciences sociales*, 2018, n°25, p. 7.

⁶ Magali Danner, Géraldine Farges, Héloïse Fradkine, Sandrine Garcia, Quitter l'enseignement : un révélateur des transformations du métier d'enseignant, *Education et sociétés*, 2019/1, n°43 et Sandrine Garcia, *De la vocation au désenchantement*, à paraître à la Dispute fin 2022.

⁷ Muriel Darmon, *La socialisation*, Armand Colin, 2006, p. 99-121.

manière linéaire une origine sociale, par exemple, par un ajustement plus ou moins heureux au métier et à tel ou tel type de patient-es ou à surdéterminer les effets de la socialisation secondaire que sont les études de médecine. La seule certitude que nous ayons est que les socialisations préparent bien ou moins bien à se prémunir de risques de surmenage qui sont structurels et qui s'expliquent à la fois par l'état des rapports de force au sein de cet espace professionnel (toutes les positions ne sont pas également avantageuses) et par les transformations qui touchent la profession et qui émanent des autorités de tutelle. Ces deux dimensions sont interactives : selon la position occupée dans l'espace professionnel, ces transformations affectent plus ou moins les conditions de travail. La comparaison avec les enseignant-es est ici encore pertinente : pour tous les enseignant-es la charge de travail s'est alourdie, mais certain-es en souffrent beaucoup, à la fois du fait des caractéristiques de leur poste et de ce qu'elles et ils appellent leur « perfectionnisme » tandis que d'autres prennent du champ par rapport à la prescription en parvenant de ce fait à rendre la tâche réalisable. Certes, le fait que les médecins étudiés exercent en secteur libéral constitue une différence centrale car les médecins sont soumis-es à une contrainte économique de viabilité du cabinet, alors que les enseignant-es n'ont pas cette contrainte, mais en revanche, sont subordonné-es plus directement à l'institution scolaire et de plus en plus, directement à la classe politique. Mais les médecins peuvent aussi bien être limité-es dans leur « réalisme économique » par leurs dispositions à faire de la qualité (ne pas faire d'abattage par exemple) et contraints par le travail bureaucratique qui leur est aujourd'hui imposé et qui rend plus difficile l'équilibre économique du cabinet en exerçant une médecine de qualité, c'est-à-dire précisément ce qui fait le sens de leur travail pour elles et eux.

Cette recherche articule deux approches de façon originale : une approche sociologique qualitative, par entretiens, éclairée et contextualisée par des données quantitatives, présentées dans la revue de littérature ; et une approche ergonomique. S'appuyant sur une méthodologie différente, elle nous permet d'entrer plus encore dans le détail de l'organisation quotidienne du travail, au plus près des médecins, des contraintes qui s'exercent sur elles et eux, des marges de manœuvre que certain-es réussissent à construire, de l'articulation de leur vie professionnelle et privée. Ainsi pouvons-nous combiner plusieurs niveaux d'observation : le niveau structurel, celui des statistiques dont nous disposons grâce à la statistique publique et qui peuvent nous renseigner sur la profession, son temps de travail, ses aspirations, son organisation, etc., ; le niveau des parcours et des trajectoires de médecins pour qui la question de la santé mentale s'est posée, que ces médecins l'aient résolue de manière préventive, avant même d'avoir des troubles de santé ou après les avoir traversés et mis en place un certain nombre de dispositifs pour s'en prémunir. La perspective ergonomique nous offre, à partir d'un dispositif basé sur des observations, un « effet loupe » qui permet de donner de la chair aux situations décrites dans les entretiens, de franchir la porte du cabinet et de la vie quotidienne au travail, ce que « les chroniques de l'activité » de deux médecins qui sont présentées dans cette partie ergonomique permettent plus particulièrement de faire.

Ces trois niveaux d'analyse et d'observations se renforcent : ils montrent la cohérence des données, saisies sous plusieurs angles.

La première partie de ce rapport⁸ est une revue de littérature qui vise à élucider et développer les éléments théoriques à partir desquels nous proposons d'analyser notre matériel empirique. Elle a également pour objectif de rendre compte des différentes approches et travaux existants sur la santé mentale, en particulier celle des médecins, et de préciser notre apport spécifique. Cette partie permet d'identifier des risques psycho-sociaux propres à la profession, de dégager des grandes tendances à partir desquelles il sera possible d'analyser les éléments déclencheurs qui conduisent à un basculement, par une articulation entre contextes de travail et dispositions des médecins pour lesquelles la situation professionnelle s'avère pathogène, au regard de leurs aspirations et de leurs ressources. Elle nous permettra de définir, avec les outils de la sociologie et de l'ergonomie, en quoi certains contextes sont pathogènes pour des individus qui certes sont toujours situés socialement (dans des parcours de vie) mais peuvent cependant être regroupés dans certaines configurations de

⁸ Selon les usages des différentes autrices de ce rapport, certaines parties sont rédigées en écriture inclusive et d'autres non.

travail. L'enquête met en évidence avec force l'importance d'introduire les parcours familiaux, sociaux et professionnels, en relation avec les différents contextes dans lesquels surviennent les situations de souffrance. L'identification et surtout l'analyse de ces configurations de basculement, d'ajustement impossible, associée à la prise en compte des trajectoires singulières, sont ce que nous apportons ici. La littérature sur le burn-out des médecins ou leur épuisement professionnel est suffisamment riche et abondante pour montrer que nos enquêté·es ne sont pas que des cas particuliers, isolés.

Ainsi, nous nous servons des enquêtes quantitatives réalisées sur la santé physique et psychique des médecins pour situer nos propres enquêté·es dans des configurations plus générales qui, à la lecture de ces enquêtes, font apparaître la question du temps de travail et de la maîtrise du temps de travail comme un facteur déterminant de la « soutenabilité du travail » au sens où l'entendent Serge Volkoff et Corinne Gaudart, c'est-à-dire d'un « système de travail satisfaisant aux critères suivants : « biocompatible », c'est-à-dire adapté aux propriétés fonctionnelles de l'organisme humain et à leur évolution au fil de l'existence ; « ergo-compatible », donc propice à l'élaboration de stratégies de travail efficaces ; et « socio-compatible », donc favorable à l'épanouissement dans les sphères familiales et sociales, à la maîtrise d'un projet de vie »⁹.

Dans une seconde partie, nous précisons la méthodologie mise en œuvre pour contacter des enquêté·es concerné·es par la question des difficultés rencontrées dans le cadre d'un exercice en libéral de la profession de médecin, et exposerons les caractéristiques de notre corpus, que les données quantitatives issues de la revue de littérature permettent de contextualiser. Ce recrutement ne cible pas uniquement les médecins qui ont des troubles de santé, mais aussi ceux qui ont dû/peuvent mettre en place des dispositifs particuliers pour protéger leur santé, et donc pour lesquels la question du maintien de la santé s'est posée, parfois très rapidement, parfois après un épisode de dépression ou des troubles de santé très aigus. On s'accordera ici sur le fait que la santé mentale ne concerne pas par définition ce qui l'affecte et ce qui la détériore, mais aussi ce qui la maintient et l'entretient, y compris dans des contextes qui peuvent être générateurs de difficultés. Selon la formule désormais consacrée de l'OMS, « la santé est un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité »¹⁰. Pour cette raison, notre projet visait à nous intéresser aux « modalités de sortie de l'activité libérale » et à « comparer ces « sortant·es » avec des médecins qui « tiennent » afin de repérer et de comprendre leurs points d'appui »¹¹. Notre matériel, qui comprend les deux situations, révèle que dans certains cas l'exit est bien la réponse qui, dans un contexte donné, convient à un·e médecin et améliore sa santé mentale. Dans d'autres cas, des médecins ont la possibilité de négocier des conditions d'exercice susceptibles de leur apporter les éléments d'un travail « soutenable » et restent en négociant les modalités de l'activité. L'approche ergonomique sera également précisée dans la partie méthodologique. Le matériel et les analyses feront cependant l'objet d'une partie relativement indépendante, pour respecter la spécificité de l'approche ergonomique.

La troisième partie de ce rapport présentera les principaux résultats de l'enquête sociologique qualitative et analyseront précisément, à partir du matériel empirique, ce basculement des risques psychosociaux (que la littérature permet déjà de cerner clairement) *vers* les problèmes de santé. Tout d'abord, nous illustrerons la teneur de ce que nous avons désigné par « sur-travail », non pas au sens

⁹ Serge Volkoff et Corinne Gaudart, Conditions de travail^[SEP] et « soutenabilité »^[SEP] des connaissances à l'action, rapport de recherche, Centre d'étude de l'emploi, 2015.

¹⁰ Constitution de l'OMS, 1946.

¹¹ Projet Exit-MG, Conditions d'exercice et santé mentale des médecins généralistes : formes et déterminants des sorties du métier, 2019, p. 5.

marxiste, mais davantage au sens de débordement permanent du travail sur les autres espaces et temps sociaux, dont nous montreront qu'il constitue un risque pour la santé mentale. Les travaux que nous mobilisons dans la revue de littérature révèlent en effet qu'à partir d'une certaine durée et intensité de travail ces risques sont patents. Nous traiterons également des dimensions qui relèvent davantage du travail empêché¹² et qui sont liées pour partie aux relations avec la Sécurité sociale et aux impositions vécues comme abusives de la part du législateur car elles impactent directement la charge et le sens du travail.

Nous nous attacherons ensuite à analyser précisément les situations de tensions qui conduisent à de l'épuisement professionnel non plus uniquement en termes de volume, mais d'intensité et de charge mentale. Celle-ci se trouve, dans notre matériel empirique, clairement associée à l'exercice médical avec des patient·es en situation économique et sociale précaire. Comme dans tous les métiers en relation avec un public et d'autant plus quand il y a intervention sur autrui¹³, la qualité du travail telle qu'elle est vécue dépend du comportement du public et de ses dispositions à faciliter ou entraver la tâche des professionnel·les et à leur permettre de jouer leur rôle dans de bonnes conditions. Cette prise en compte des effets que produit le public sur le travail et son intensité nous semble nécessaire dans la perspective d'une sociologie du travail attentive aux dimensions les plus concrètes de l'activité. Dans l'enseignement par exemple, qui présente malgré les différences de statut, de nombreuses similitudes avec la médecine, la recherche d'un éloignement des classes populaires au cours de la carrière a été interprétée comme une forme de trahison de ces mêmes classes populaires¹⁴, c'est-à-dire d'un point de vue militant qui occulte complètement le contenu du travail lui-même. La relation entretenue avec la patientèle ne peut pas uniquement être pensée en termes de connivence ou de distance de classe : la charge de travail qu'impliquent les patient·es compte également.

Ainsi, nous intégrons ici à la fois les effets positifs sur la santé de l'ajustement entre un·e professionnel·le et son public, et la manière dont ce public et ses caractéristiques affectent le travail et la santé mentale par la matérialité même de ses comportements (irruptions impromptues dans un cabinet, agressions verbales, demandes répétées, etc.). Un·e professionnel·le peut se sentir ajusté·e (« c'est là où il faut être ») et souffrir terriblement d'être, précisément, là où il est. Selon son degré et les formes d'ajustement qui lui sont propres, nous montrerons comment chacun·e choisit soit de fuir une patientèle populaire, soit de varier ses activités pour diversifier sa patientèle et mieux supporter celle qui lui pèse, de limiter fortement son temps de travail pour compenser ou encore de choisir un lieu d'exercice mixte.

La quatrième partie et dernière partie sera consacrée à l'enquête ergonomique qui s'est plus spécifiquement centrée sur l'exercice de la médecine en zone désertifiée. L'une de nos hypothèses fortes, corroborée aussi bien par les deux enquêtes (sociologique et ergonomique) est que la désertification médicale représente un contexte d'exercice potentiellement pathogène pour les médecins, en cela qu'elle influe à la fois sur les ressources professionnelles « périphériques » dont les généralistes ont besoin pour exercer leur activité (urgences, laboratoires, autres professionnels soignants comme les kinésithérapeutes, les psychiatres, etc.) et sur la possibilité que les médecins possèdent (ou non) de maîtriser leur emploi du temps compte tenu de leur responsabilité de soigner des individus qu'il est impossible, en zone médicalement sous-dense, de confier à un·e collègue.

¹² Yves Clot, Yves Clot, *Le travail à cœur. Pour en finir avec les risques psychosociaux*, Paris, La Découverte, 2010.

¹³ François Dubet, *Le déclin de l'institution*, Paris, Le Seuil, 2002.

¹⁴ Alain Léger, *les enseignants du secondaire*, PUF, 1984.

Pour conclure, nous articulerons les apports respectifs des enquêtes ergonomique et sociologique à la connaissance des effets du travail et de la socialisation des médecins généralistes sur leur santé mentale.

I. La santé mentale des médecins sous un angle sociologique et ergonomique : apports de la littérature

Différents types de production permettent de penser la santé mentale des médecins généralistes, tout en apportant des données de cadrage pour inscrire notre corpus d'entretiens et le dispositif ergonomique dans le groupe professionnel des médecins appréhendé sous l'angle des risques psychosociaux. Aussi variés soient-ils quant à leurs modes de production, ce qui influe évidemment sur le statut que l'on peut accorder à ces données¹⁵, ces travaux mettent en évidence l'enjeu de la maîtrise du temps de travail pour les médecins généralistes libéraux.

A. Les différents types de production

1. Les rapports sur le burn out¹⁶

Tout d'abord, plusieurs rapports sur le *burn out* sont produits par des acteurs qui se sont spécialisés dans la formulation du problème des médecins. Incontournable, ce groupe de travaux autonomise pour une partie d'entre eux les causes de l'épuisement émotionnel des conditions de travail et des différents contextes dans lesquels les médecins exercent et qui pourtant, présentent des différences significatives¹⁷. Sans aller jusqu'à occulter l'importance de la fatigue associée à de fortes amplitudes horaires, ils surdéterminent une dimension qui n'acquiert une telle importance qu'en relation avec d'autres facteurs, comme la relation avec des patients exigeants et consuméristes.

Ces rapports reprennent les modèles dominants pour évaluer la santé mentale, en particulier le MBI qui mesure le *burn out* et le MH5, qui apprécie « la détresse psychologique » à l'aide de cinq questions. Selon l'usage qui en fait, la catégorie de *burn out* peut présenter d'importantes limites. L'accent est mis sur la charge de travail et sur un mal être spécifique engendré par « le travail émotionnel » dans les professions confrontées à un public, avec une forme de « psychologisation » des difficultés issue de l'importation, dans l'univers médical, d'un mode de problématisation forgé par un psychanalyste pour analyser l'état de bénévoles engagés dans l'aide auprès des toxicomanes et confrontés au sentiment d'impuissance¹⁸. La forte capacité du groupe professionnel à définir lui-même les catégories légitimes et à les promouvoir pour penser ses difficultés rencontre une offre de formulation des problèmes en termes de burn out par des médecins ou des experts en souffrance au travail qui s'en font les porte-paroles.

Pourtant, si la catégorie a le mérite de mettre l'accent sur les spécificités des états d'épuisement qui peuvent être associés aux professions d'aide, dans lesquelles et pour lesquelles elle a été forgée, elle laisse échapper des situations de souffrance, tout aussi réelles, qui ne doivent rien aux ressources émotionnelles consommées dans et par les demandes des patients. Elle éclipse les contextes de travail pourtant très variables dans lesquels surviennent les difficultés. L'épuisement des ressources émotionnelles survient dans des configurations particulières (liées aux conditions de travail et aux dispositions des médecins). Cette littérature dédiée à la santé mentale a inspiré aussi un mode de

¹⁵ Lorsque le mode de recueil implique une auto sélection des enquêtés, comme c'est partiellement le cas de notre corpus et presque toujours dans les rapports sur le burn out, il est important de savoir de quoi ils sont révélateurs non pas simplement et uniquement d'eux-mêmes, mais de ceux qui ont basculé ou senti qu'ils auraient pu basculer vers les troubles de santé et donc précisément le passage du risque à la réalité des troubles divers.

¹⁶ Dans ce rapport nous utilisons indifféremment le terme de burn out, dépression, risques psycho sociaux dont nous n'ignorons pas qu'ils sont issus de manières historiquement datées de penser les effets nocifs du travail sur la santé. Voir sur ce point Nicolas Hatzfeld Les risques psychosociaux : quelles correspondances anciennes aux débats récents? *Travail et Emploi*, 2012, n° 129 ; Pascal Cathébras, Du « burn out » au « syndrome des yuppies » : deux avatars modernes de la fatigue, *Sciences Sociales et santé*, 1991, Volume 9, n°3, 1991 et bien évidemment Marc Loriol, *Le temps de la fatigue. La gestion du mal-être au travail*, Editions Anthropos, 2000.

¹⁷ Par exemple Didier Truchot, Travailler beaucoup n'est pas ce qui esquinte le plus les médecins généralistes, Egora, 2018.

¹⁸ Marc Loriol, *Le temps de la fatigue. La gestion sociale du mal-être au travail*, Paris, Anthropos, 2000, p. 55.

production « indigène »¹⁹, décrivant cette profession comme massivement en proie au *burn out* : elle tend à imposer une lecture particulière des déterminants de cette situation (les patients et leurs exigences, par exemple).

2. Les données statistiques

Les données statistiques, essentiellement fournies dans le cadre des enquêtes de la DREES, soit sur les conditions d'exercice des médecins, soit sur une dimension particulière concernant leur activité (le temps de travail, les zones sous-denses, les patients vulnérables, etc.), apportent les éléments de cadrage nécessaires pour appréhender le caractère structurel de difficultés exprimées par nos enquêtés et qui s'articulent à chaque fois de manière particulière dans des trajectoires sociales et des parcours scolaires et professionnels. Parmi les divers panels mis en place, celui des « cinq régions » (panel 1) qui porte sur la Provence-Alpes-Côte-d'Azur (Paca), les Pays de la Loire, la Bourgogne et la région Poitou-Charentes²⁰, et en particulier la vague 4, offre des éléments d'objectivation précieux sur les conditions d'exercice elles-mêmes et la santé, en lien avec un contexte de sous-densité médicale qui affecte la maîtrise du temps de travail²¹. Cette source est également essentielle pour « départiculariser » les entretiens, qualitatifs, que nous avons menés. Ce deuxième type de production permet aussi de contextualiser la dramatisation par des médecins qui se saisissent du problème du burn out, pour produire l'impression d'une profession en crise. En effet, le mode de recueil des données (par des questionnaires qui sont renvoyés par les médecins) et les outils utilisés (avec l'accent placé sur l'épuisement émotionnel) conduisent à calculer les scores de burn out pour l'ensemble des médecins à partir de ceux qui probablement, en souffrent. Or, la synthèse du panel 1 indique que 8 médecins sur 10 se déclarent en bonne santé et trois médecins sur quatre sont satisfaits de leur activité professionnelle, cette satisfaction décroît avec l'âge, et avec la durée du travail, mais augmente avec le volume d'activité et l'exercice en secteur 2 (et donc le rapport entre le temps et le revenu)²². Pour autant, et comme le montre un article de Dominique Méda, la mesure de la satisfaction au travail doit être saisie avec précaution car il est difficile sans se désavouer soi-même de dire que son travail déplaît²³ et c'est sans doute encore plus difficile lorsqu'il s'agit d'un travail aussi valorisé socialement et ayant supposé des investissements scolaires intenses. Il existe un paradoxe entre les taux élevés de satisfaction des médecins et d'autres indicateurs moins positifs que révèlent les enquêtes statistiques, comme le stress, le sentiment d'une articulation vie privée/vie professionnelle problématique, la perception d'un débordement du travail sur l'espace personnel, etc.

3. Les conditions de travail dans les travaux sociologiques sur la profession médicale

Un troisième type de production, à vocation plus théorique que descriptive, porte sur la profession médicale, ses pratiques, ses valeurs, son rapport au travail, au métier et aux patients²⁴ et offre, dans certains travaux, des éléments qui concernent la santé mentale des médecins, même de manière indirecte. C'est le cas par exemple des travaux sur la cessation d'activité²⁵ ou de ceux qui portent plus

¹⁹ De nombreuses thèses ont été soutenues sur la question du burn out des médecins par des médecins eux-mêmes.

²⁰ DREES, ORS des Pays de la Loire, URM des Pays de la Loire, Vie professionnelle, vécu du travail et état de santé des médecins généralistes des Pays de la Loire, Vague d'enquête 4 - 2008 Rapport détaillé, Juin 2010.

²¹ Cette enquête, menée en collaboration avec différents partenaires, porte sur 1900 médecins généralistes libéraux, enquêtés durant la période 2007-2009 où la sous-densité médicale dans certains espaces était moins accentuée qu'elle ne l'est aujourd'hui, avec des effets sur la maîtrise du temps de travail qui est au cœur des problèmes que les médecins doivent affronter.

²² DREES, L'exercice de la médecine générale libérale. Premiers résultats d'un panel dans cinq régions françaises, *Etudes et résultats*, novembre 2007, n°610.

²³ Dominique Méda, Comment mesurer la valeur accordée au travail ? *Sociologie*, 2010, n°1.

²⁴ On pense évidemment ici aux travaux de Géraldine Bloy sur la profession médicale, Bloy, Géraldine, et François-Xavier Schweyer. *Singuliers généralistes. Sociologie de la médecine générale*. Presses de l'EHESP, 2010

²⁵ Anne Véga, *Les comportements de cessation d'activité des médecins généralistes libéraux*, décembre 2007, tome

spécifiquement sur le changement de modèle professionnel²⁶ au sein de la profession médicale, notamment sous l'effet de la féminisation. Nous mobiliserons également des recherches qui se focalisent sur la socialisation médicale, tels que ceux Anne-Chantal Hardy²⁷, Isabelle Baszanger²⁸, Howard Becker²⁹ et Everett C. Hughes³⁰ ou Emmanuelle Zolézio³¹

4. Les travaux généraux sur les conditions de travail

Enfin, il existe une littérature générale sur les risques psycho-sociaux ou/et sur le travail, qu'il s'agisse d'identifier ces risques dans un but pratique, de faire un retour réflexif sur la généralisation de la notion elle-même ou encore de proposer des analyses de ce qui constitue le caractère pathogène du travail. Cette littérature n'est pas constituée pour penser spécifiquement la situation des médecins, mais elle apporte des données ou/et des analyses qui sur certains points précis, sont transposables et permet d'établir des comparaisons avec d'autres professions, en particulier les cadres qui sont utilisés dans d'autres enquêtes comme celles du panel de la DREES sur lesquelles nous nous appuyons. Ces travaux sur la dispersion³² ou le débordement³³, les risques psychosociaux³⁴ ou encore l'articulation de la vie privée/professionnelle et ses effets sur le bien-être³⁵ permettent de faire ressortir la spécificité de la condition d'exercice des médecins généralistes en libéral tout en la reliant avec les connaissances sur la santé mentale.

Ces différentes productions appréhendées sous leur angle complémentaire permettent de situer nos données dans un champ de connaissances déjà riche et dense. Nous les intégrerons dans le cadre d'analyse dispositionnaliste précisé dans l'introduction.

1, n° 73.

²⁶ Nicky Le Feuvre, La féminisation de la profession médicale : voie de recomposition ou de transformation du « genre » ?, in *Hommes et femmes dans le champ de la santé*, 2001 ; Lapeyre, Nathalie, et Nicky Le Feuvre. « Féminisation du corps médical et dynamiques professionnelles dans le champ de la santé », *Revue française des affaires sociales*, n° 1, 2005, pp. 59-81 ; Lapeyre, Nathalie, et Magali Robelet. « Les mutations des modes d'organisation du travail au regard de la féminisation. L'expérience des jeunes médecins généralistes », *Sociologies pratiques*, vol. 14, n° 1, 2007, pp. 19-30 ; Nicky Le Feuvre et Nathalie Lapeyre, L'analyse de l'articulation des temps de vie au sein de la profession médicale en France : révélateur ou miroir grossissant des spécificités sexuées ? *Revue Enfance, Familles, générations*, 2013, n°18.

²⁷ Anne-Chantal Hardy, *Travailler à guérir : sociologie de l'objet du travail médical* Rennes, Presses de l'École des hautes études en santé publique, 2013 et Hardy Anne-Chantal, « La formation de l'objet du travail médical. L'exemple de la médecine générale et de la gynécologie obstétrique », *Travail et emploi*, 2015/1, n° 141.

²⁸ Isabelle Baszanger, la construction d'un monde professionnel : entrée des jeunes praticiens dans la médecine générale, *sociologie du travail*, 1983, n°3 et socialisation professionnelle et contrôle social. Le cas des étudiants en médecine futurs généralistes, *revue française de sociologie*, 1981, n°2-22.

²⁹ Howard Becker, Blanche Geer, Everett C. Hughes... [et al.] *Boys in white : Student Culture in Medical School*, Transaction Books 1961.

³⁰ Everett C. Hughes, *The Making of a Physician*, *Human Organization*, 14, 4, 1956, vol. 14, n°4.

³¹ Emmanuelle Zolézio, *Chirurgiens au féminin : femmes dans un métier d'hommes*, Presses Universitaires de Rennes, 2012 ; socialisation primaire et secondaire quels enjeux ? *Idées économiques et sociales*, 2018, n° 191 ; des modalités d'apprentissage brutes et brutales en chirurgie, *travail et emploi*, 2015/1, n° 141 ; la socialisation chirurgicale, un apprentissage par claques, *revue française de pédagogie*, 2013/3, n°184.

³² Caroline Datchary, *La dispersion au travail*, Toulouse, Octarès, 2011.

³³ Lucie Goussard, Guillaume Tiffon, Quand le travail déborde... La pénibilité du surtravail à domicile des chercheurs de l'industrie énergétique, *travail et emploi*, juillet-septembre 2016, n°147.

La pénibilité du surtravail à domicile des chercheurs de l'industrie énergétique, *Travail et emploi*, 2016/3, n°147

³⁴ Michel Gollac et Marceline Bodier (coord.), Mesurer les facteurs psychosociaux de risque au travail pour les maîtriser, Rapport du Collège d'expertise sur le suivi des risques psychosociaux au travail, faisant suite à la demande du Ministre du travail, de l'emploi et de la santé, 2010, p. 101

³⁵ Darès Analyse, Conciliation difficile entre vie familiale et vie professionnelle Quels sont les salariés les plus concernés ?, 2019, n° 045.

B. Des conditions d'exercice variables, inégalement propices à la santé des médecins

1. Charge de travail et contexte de travail

Sans présenter ici l'ensemble des analyses issues de ces différents travaux, qui seront mobilisées tout au long du rapport, on peut déjà dégager quelques constats portant sur les relations entre les contextes de travail et la santé mentale qui nous permettent de « dé-particulariser » nos données et de situer les deux volets de notre enquête (sociologique et ergonomique) dans le champ des recherches sur la profession médicale.

D'emblée, se dégage la lourdeur de la durée hebdomadaire de travail, qui distingue les médecins du reste de la population. Les cadres et professions intellectuelles supérieures, avec lesquels ils sont comparés dans les enquêtes, effectuent en moyenne 43,1 heures par semaine³⁶ tandis que la durée hebdomadaire déclarée par les médecins est de 58 heures (18 % déclarant travailler moins de 45 heures et 14 % plus de 70 heures). De ce fait, une majorité de médecins commence sa journée tôt (entre 8 heures et 8 heures 30) et la terminent tard (51 % entre 19h et 20h et 44 % au-delà de 20h (26 % au-delà de 20h30, 13 % au-delà de 21h), avec des pauses qui ne dépassent pas un quart d'heure. Cette lourdeur du temps de travail est plus criante du côté des « vieux » médecins (les « jeunes » commencent plus tard leur journée et sont moins nombreux à faire des visites non programmées)³⁷. Les femmes commencent un peu plus tard, mais terminent à la même heure que les hommes ; elles ont moins de demi-journées au cabinet que les hommes : la différence d'amplitude horaire dans une journée n'est que de 6 % et la différence de durée hebdomadaire de travail varie entre 9 et 16 %.

En tant que tel, ce constat est déjà un résultat important de ces enquêtes, que notre recherche documentera à partir du contenu du travail : en effet, les effets nocifs sur la santé de la durée du travail au-dessus de cinquante heures par semaine ont été soulignés par le collège d'expertise sur le suivi des risques psychosociaux au travail, qui évoque un « caractère dangereux »³⁸. L'amplitude horaire représente un risque professionnel et ce, d'autant plus qu'il s'agit d'un travail exigeant une forte concentration et impliquant de fortes responsabilités.

L'importante charge de travail des médecins généralistes correspond toutefois à des conditions d'exercice qui présentent une grande diversité liée aux spécificités territoriales (équipement en structures et en professionnels de santé) et à la densité médicale. S'opposent, d'un côté, la Bourgogne et la Basse-Normandie, peu urbanisées, avec des densités inférieures de 10 % à la moyenne nationale et la région PACA, avec une densité en médecins généralistes supérieure de 20 % à la moyenne nationale. Cette dernière se caractérise aussi par la faible prévalence du symptôme complet de burn out par rapport aux autres régions. C'est également une région où les médecins sont le plus concentrés en zone urbaine (82 %) et où ils sont aussi les plus nombreux à pratiquer le secteur 2 (11 %) contre 10 % dans les autres régions, sauf la Bretagne (3%)³⁹. Or, le fait d'être en secteur 2 accroît à la fois la satisfaction professionnelle⁴⁰ et le temps que les médecins consacrent à leur consultation (22 minutes contre 17 minutes en secteur 1-⁴¹, les deux phénomènes étant sans doute corrélés. La densité médicale et le secteur

³⁶ INSEE, Emploi, chômage, revenus du travail, édition 2020, p. 128.

³⁷ DREES, ORS des Pays de la Loire, URM des Pays de la Loire, Vie professionnelle, vécu du travail et état de santé des médecins généralistes des Pays de la Loire, Vague d'enquête 4, op. cit., p. 17.

³⁸ Michel Gollac et Marceline Bodier (coord.), Mesurer les facteurs psychosociaux de risque au travail pour les maîtriser, op. cit., p. 101.

³⁹ Verger et al., Un observatoire des pratiques en médecine générale : l'expérience menée en région Provence-Alpes-Côte-d'Azur, *revue française des affaires sociales*, 2005/1.

⁴⁰ DREES, L'exercice de la médecine générale libérale Premiers résultats d'un panel dans cinq régions françaises, op. cit., p. 7.

⁴¹ DREES, Les emplois du temps des médecins généralistes. *Etudes et résultats*, mars 2012, n°797, p. 3.

2 peuvent être considérés comme des ressources pour la maîtrise des emplois du temps. La première permet de refuser des patients et de les renvoyer à des confrères, tandis que le secteur 2 permet de garantir un rythme de travail plus soutenable en assurant la rentabilité de l'activité. Cette fréquence du secteur 2 est sans doute liée aux caractéristiques de la région PACA et de sa richesse)⁴². On peut cependant faire l'hypothèse qu'elle est limitée par la concurrence associée à une forte densité médicale⁴³.

Les modalités d'exercice varient donc selon les caractéristiques territoriales et affectent le contenu du travail et son organisation. Ainsi, l'activité en cabinet de groupe oppose la Bourgogne aux autres régions (moins de quatre médecins sur dix contre un sur deux ailleurs), elle caractérise davantage les jeunes médecins (moins de 45 ans) et les deux sexes, sauf en Pays de la Loire où elle est plus pratiquée par les femmes. Or, on sait que l'exercice en groupe renforce l'attractivité d'une région et facilite l'installation des jeunes médecins dans les territoires sous-dotés, sans cependant pouvoir inverser la tendance⁴⁴. Cette forme d'activité a en effet un certain nombre d'effets concrets sur les conditions d'exercice : les médecins qui exercent en groupe ont plus souvent un secrétariat médical, ce qui réduit l'exposition à la demande directe des patients et permet une meilleure régulation du temps de travail (rendez vous différés, etc.)⁴⁵. Le fait d'exercer en groupe augmente aussi le fait de se sentir soutenu, à la fois pratiquement et moralement, et la limitation du temps de travail : les médecins qui exercent en groupe ont moins de demi-journées travaillées et travaillent moins souvent le samedi, avec une durée hebdomadaire de travail de 2 à 4 heures de moins que les médecins qui exercent seuls⁴⁶. Dans cette forme d'exercice, les médecins se montrent moins affectés par des symptômes de souffrance psychique⁴⁷.

Les durées sont plus élevées pour les hommes que pour les femmes et pour les médecins âgés que pour les jeunes. Ces amplitudes sont affectées par la situation matrimoniale : les hommes qui ont un conjoint non actif travaillent plus, alors que c'est le contraire pour les femmes dans la même situation. Les femmes médecins travaillent moins en région PACA que les femmes des autres régions et celles qui sont installées en Bourgogne travaillent 10 % de plus⁴⁸. Avec de tels temps (et charge) de travail, les médecins semblent exposés à des facteurs pathogènes.

2. Des caractéristiques de la charge de travail et ses effets sur les conditions de vie

La durée du travail n'est pas en tant que telle facteur de risque, qui dépend aussi de son contenu et de la qualité de son contenu. Or, l'exercice professionnel des médecins se caractérise aussi par son intensité et sa dispersion. Ils sont 89 % des médecins du panel des Pays de la Loire à répondre que leur travail exige une concentration intense et continue, 70 % qu'ils sont confrontés à des cas complexes et difficiles et 69 % d'entre eux disent être régulièrement interrompus dans leur travail, ce qui, on peut le penser, indique une tension qui peut être renforcée par des « chocs émotionnels » liés à la spécificité de l'activité tels que des « pronostics défavorables » ou « la mort d'un patient ». Recevant un nombre important de demandes de rendez-vous pour ceux qui n'ont pas dispositif particulier (doctolib, secrétariat) et pour tous, d'appels pour des demandes de conseil⁴⁹, leurs conditions de travail impliquent de la dispersion,

⁴² Voir INSEE études, Provence-Alpes-Côte d'Azur, 14^{ème} région la plus riche d'Europe, synthèse n° 76, avril 2004.

⁴³ DREES, *Médecins en secteur 2 : les dépassements d'honoraires diminuent quand la concurrence s'accroît, Etudes et résultats, janvier 2020.*

⁴⁴ Guillaume Chevillard, Julien Mousquès, « Les maisons de santé attirent-elles les jeunes médecins généralistes dans les zones sous dotées en offre de soin ? *Questions d'économie de la santé*, mars 2020, n°247.

⁴⁵ DREES, Les emplois du temps des médecins généralistes, Etudes et résultats, 2012, n° 797.

⁴⁶ DREES, ORS des Pays de la Loire, URM des Pays de la Loire, Vie professionnelle, ^[1]^[2] vécu du travail et état de santé des médecins généralistes des Pays de la Loire, Vague d'enquête 4, op. cit., p. 20.

⁴⁷ Ibid, p. 47.

⁴⁸ Ibid.

⁴⁹ Ibid.

cette compétence cognitivement coûteuse qui consiste à distribuer son attention à une diversité de tâches pour augmenter son efficacité et parfois, maintenir son engagement dans une tâche principale⁵⁰. La dispersion mais aussi le débordement du travail à domicile concernent de nombreux médecins : 89% se disent « débordés » et 59 % ramènent toujours du travail à la maison⁵¹. L'enquête ne précise pas de quel travail il s'agit, mais on peut faire l'hypothèse qu'il s'agit de tâches administratives (il est en effet peu probable qu'ils reçoivent chez eux les patients). Le débordement du travail à domicile n'est pas nécessairement une expérience négative. Une enquête portant sur le « surtravail des chercheurs de l'industrie énergétique » montre que « ce n'est pas la régularité ou le caractère systématique du surtravail à domicile qui entraîne des effets néfastes sur la santé des travailleurs et des travailleuses. S'il constitue un travail supplémentaire, qui accroît la charge de travail, il ne saurait en effet se réduire à une question de volume »⁵². Ainsi, dans certains cas, le travail qui déborde sur le domicile peut être bien vécu car « il joue un rôle positif en redonnant du sens à un travail qui tend à en perdre dans l'enceinte de l'entreprise. S'il alourdit la charge de travail, il est donc, aussi et paradoxalement, ce qui permet de tenir et de se maintenir en bonne santé. Pour d'autres, en revanche, il expose aux « pathologies de surcharge » (Dejours, 2006, pp. 125-127) ». Or, le travail à la maison des médecins s'apparente davantage à celui des managers : « non contenu, que ce soit par l'entreprise ou par la famille, il [le travail à domicile] atteint parfois un volume tel qu'il finit par empiéter sur les temps de récupération des salariés, dont les corps finissent par lâcher. Ces activités administratives représentent 4 heures 75 en moyenne par semaine pour les médecins de l'enquête « Pays de la Loire ».

Les caractéristiques de la patientèle influent aussi sur la charge de travail : le fait de travailler avec des personnes âgées et des personnes « bénéficiaires d'indemnités journalières » accroît le temps de travail respectivement de 2 à 2,1 %. En ce qui concerne les personnes âgées, la présence de la catégorie des 60-69 ans accroît l'insatisfaction, tandis qu'à l'inverse les 70-80 sont facteurs de satisfaction, l'hypothèse avancée par la DREES étant qu'à cette tranche d'âge correspondent des traitements stabilisés. Les personnes âgées et les personnes en situation de vulnérabilité sont susceptibles d'accroître la durée des consultations, mais elles entraînent aussi sans doute un travail administratif supplémentaire pour l'accès aux droits de ces personnes. Le travail administratif étant clairement identifié dans la littérature sur l'épuisement professionnel comme une source de stress, certaines patientèles peuvent impliquer une surcharge de travail de ce type et un contexte de travail « pathogène ». Les visites non programmées augmentent pour les médecins qui ont une patientèle âgée et chez les médecins en milieu rural, qui travaillent aussi plus souvent le samedi matin⁵³.

Le travail hors cabinet empiète aussi, dans certains cas, sur la vie privée et fragilise l'articulation vie privée vie professionnelle. C'est le cas de 46 % d'entre eux, avec une proportion plus forte encore pour les médecins qui exercent en milieu rural⁵⁴. Or, les difficultés de conciliation entre la vie professionnelle et la vie familiale entraînent des tensions et ce, d'autant plus pour les femmes qui subissent plus de reproches de leur entourage que les hommes dans la même situation. En cas de charge de travail excessive, ce sont les hommes qui subissent en revanche plus de reproches. Les difficultés de conciliation peuvent engendrer « des problèmes de relations familiales et affectives, un manque de

⁵⁰ Caroline Datchary, la dispersion au travail, *op. cit.*, montre que la dispersion est une compétence qui permet de distribuer son attention à des tâches diverses qui permet d'augmenter son efficacité et parfois, de maintenir son engagement dans une tâche, mais elle est aussi cognitivement coûteuse.

⁵¹ DREES, ORS des Pays de la Loire, URM des Pays de la Loire, Vie professionnelle, vécu du travail et état de santé des médecins généralistes des Pays de la Loire, Vague d'enquête 4, *op. cit.*, p. 10.

⁵² Lucie Goussard, Guillaume Tiffon, Quand le travail déborde... La pénibilité du surtravail à domicile des chercheurs de l'industrie énergétique, *op. cit.*, p. 28.

⁵³ DREES, ORS des Pays de la Loire, URM des Pays de la Loire, Vie professionnelle, vécu du travail et état de santé des médecins généralistes des Pays de la Loire, Vague d'enquête 4, *op. cit.*, p. 17.

⁵⁴ En cela, ils diffèrent de la population générale (10 %) et de celle des cadres et professions intellectuelles (16 %) avec lesquelles sont établis les comparaisons. DREES, ORS des Pays de la Loire, URM des Pays de la Loire, Vie professionnelle, vécu du travail et état de santé des médecins généralistes des Pays de la Loire, Vague d'enquête 4, *op. cit.*, p. 10.

satisfaction au travail, ainsi que des problèmes de santé et des stress »⁵⁵. Or, en référence à l'enquête de la DARES sur des salariés, ceux qui occupent une position plus élevée (les cadres par opposition aux ouvriers) rapportent plus de difficultés avec leurs proches, ce qui s'explique par « le fait que les cadres ont souvent des horaires plus longs et un travail intense », ce qui est également le cas des médecins. Il existe ainsi une corrélation entre le fait de subir des reproches de la part de son entourage, la perception d'un état de santé altéré et les troubles du sommeil. Les conflits entre la vie privée et professionnelle conduisent à un score élevé d'épuisement professionnel⁵⁶, ce qui rejoint les constats établis par les enquêtes « panel 1 ».

3. Santé et surtravail chez les médecins généralistes

La corrélation entre épuisement émotionnel, détresse ou dépersonnalisation et durée du travail nous conduit à penser qu'elle est le facteur déterminant dans des troubles de santé mentale que manifestent différents indicateurs. Si les médecins qui sont en secteur 2 et qui ont un volume important d'activité sont plus satisfaits que les autres, on peut penser, avec Paul Bouffartigue, Jacques Bouteiller et Anne-Marie Arborio, que « plus que le niveau du revenu – ou le « pouvoir d'achat » – ce que défendent avant tout les médecins est un rapport considéré comme « équitable » ou « normal » entre disponibilité temporelle et revenu : la durée des études, le temps de travail, la disponibilité nocturne ou de week-end, sont autant de composantes de cette disponibilité temporelle »⁵⁷. En l'absence d'un tel rapport, les médecins manifestent de nombreux signes de souffrance psychique à partir des outils forgés pour évaluer la détresse émotionnelle ou/et le *burn out*, auxquels les médecins généralistes semblent largement exposés. Selon l'enquête panel 1, « 46 % des médecins se sentent totalement épuisés à la fin d'une journée de travail et 5 % estiment que la relation directe avec les patients « les stresse trop » »⁵⁸. Ils sont nombreux à être insatisfaits de ces relations : 53 % estiment que « *certain patients ont des demandes excessives* », 43 % qu'ils « *investissent la relation avec leurs patients plus qu'ils ne reçoivent de leur part* »⁵⁹ et 5 % que « *certain patients leur manquent de respect (rendez-vous manqués, demandes non justifiées...)* »⁵⁹.

Concernant la santé psychique, évaluée à l'aide du MH5 qui mesure un état de « détresse psychique », 79 % des généralistes « déclarent avoir ressenti de manière répétée de la fatigue, et 66 % du stress », 43 % des troubles du sommeil. Les femmes sont plus nombreuses à ressentir un état de détresse psychologique. Ces scores sont corrélés à d'autres symptômes physiques (palpitations, colites, malaises, essoufflements, manque d'appétit ou boulimie). L'état de détresse psychologique est également associé à la prise d'anxiolytiques et au cumul des symptômes physiques, ainsi qu'aux idées suicidaires⁶⁰. Plus nombreux que les cadres et que le reste de la population à prendre des anxiolytiques, les médecins ne consomment pas plus d'anti-dépresseurs.

Bien que certaines lectures tendent à mettre l'accent sur les difficultés relationnelles avec les patients « difficiles » ou sur les causes proprement émotionnelles de la souffrance psychique des médecins, les rythmes de travail intenses auxquels les médecins se soumettent occupent une place centrale dans les problèmes qu'ils rencontrent. Plus la durée hebdomadaire est élevée, et plus les médecins ressentent de l'agressivité de la part des patients : ceux qui travaillent moins de 46 heures par semaine ne sont que

⁵⁵ Dares analyses, conciliation difficile entre vie familiale et vie professionnelle. Quels sont les salariés concernés ? Septembre 2019, p. 1.

⁵⁶ Hélène Dumesnil, Bérangère Silba-Serre, Jean-Claude Régi, Yves Léopold, Pierre Verger, Épuisement professionnel chez les médecins généralistes de ville : prévalence et déterminants, *Santé publique*, 2009/3.

⁵⁷ Paul Bouffartigue, Jacques Bouteiller et Anne-Marie Arborio Les conditions de travail des médecins Intérêt et limites d'une comparaison entre médecins salariés et libéraux. Post-enquête « Conditions et organisation du travail dans les établissements de santé », DREES, document de travail, juin 2005, °50, p. 24.

⁵⁸ DREES, ORS des Pays de la Loire, URM des Pays de la Loire, Vie professionnelle, vécu du travail et état de santé des médecins généralistes des Pays de la Loire, Vague d'enquête 4, *op. cit.*, p. 29.

⁵⁹ Ibid, p. 25.

⁶⁰ Eva S. Schernhammer, Graham.A. Colditz. (2004). Suicide rates among physicians : a quantitative and gender assessment (meta-analysis). *The American journal of psychiatry*. vol. 161, n° 12. pp. 2295-2302.

3 % à rencontrer de l'agressivité parmi les patients, ceux qui travaillent entre 46 et 64 heures sont 10 % à trouver les patients agressifs et ceux qui travaillent au-dessus de 65 heures par semaine sont 20 % dans ce cas⁶¹. Certes, les amplitudes horaires élevées augmentent mécaniquement le nombre de patients et donc de ceux que les médecins sont susceptibles de trouver « difficiles » mais il est difficile de ne pas y voir aussi un effet trivial de la fatigue et en tous cas, du surtravail qui élève à la fois le nombre de patients et affaiblit les ressources pour manifester de l'empathie.

L'épuisement émotionnel, évalué à l'aide du MBI, apparaît également corrélé à la durée du temps de travail. Il augmente avec cette durée (16 % pour ceux qui travaillent moins de 45 heures par semaine contre 33 % pour ceux qui travaillent plus de 65 heures), mais le score de « déshumanisation » ne semble pas corrélé avec la durée du travail. En revanche, les médecins qui travaillent moins de 45 heures sont proportionnellement moins nombreux à trouver que certains malades les rendent responsables de leurs problèmes. Ceux qui ont des scores d'épuisement émotionnel et de déshumanisation élevés sont aussi ceux qui estiment que certains patients font preuve d'agressivité, que certains d'entre eux leur manquent de respect, et qu'ils donnent plus aux patients qu'ils ne reçoivent. Enfin, ceux qui déclarent des difficultés à concilier la vie professionnelle et la vie privée sont aussi ceux qui ont des scores élevés d'épuisement émotionnel (49 % contre 14 %) et de déshumanisation de la relation aux patients (46 % contre 16 %). Ceux qui déclarent faire des actes qui souvent sont contradictoires sont plus nombreux à avoir des scores élevés d'épuisement émotionnel (mais ce sont ceux aussi qui travaillent plus).

Les médecins les plus âgés sont les plus nombreux à déclarer un état de santé altéré qui est corrélé à la durée du travail hebdomadaire ainsi qu'au fait de prendre moins de quatre semaines de vacances par an. C'est également le cas de ceux qui présentent un score d'épuisement émotionnel élevé⁶².

Le rapport ergonomique réalisé par Philippe Davezies et François Daniello, tous deux ergonomes, offre une lecture de la dénonciation par les médecins du consumérisme médical et de l'amplitude des journées. Ils observent en effet : « Une autre stratégie de défense contre la souffrance consiste à reporter sur le patient la responsabilité des impasses de l'activité. Ici encore avec un risque puisque ce mouvement défensif constitue l'une des dimensions du burn-out. L'explication des difficultés par la montée des exigences et du consumérisme des patients est probablement un des points de vue les plus fréquemment avancés. Les dimensions projectives de cette interprétation apparaissent clairement dans l'enquête mais elles frappent aussi à la lecture de la littérature internationale. Le thème du consumérisme des patients est en effet extrêmement présent dans la littérature médicale en provenance du Royaume-Uni alors que les rythmes de consultation sont, dans ce pays, beaucoup plus rapides. Il semble que plus le médecin a du mal à maintenir la qualité de sa prestation, plus il a tendance à en rendre responsable le patient. Dans notre analyse, il est manifeste que si cette explication est portée un niveau de généralité visant à rendre compte des difficultés du médecin, c'est à défaut d'explications plus pertinentes susceptibles d'être portées collectivement »⁶³.

Certes, les difficultés posées par certain-es patient-es sont réelles et il ne s'agit pas de les occulter. Bien au contraire, notre enquête montre à quel point certaines demandes absorbent l'énergie des médecins et sont un facteur de stress. Mais moins le temps de récupération est important, plus ces difficultés sont pesantes parce que la fatigue réduit l'empathie nécessaire pour faire face aux difficultés. Par rapport à de nombreuses recherches sur les causes de la dégradation des conditions de travail des médecins, le point de vue développé par les deux ergonomes permet une distance par rapport aux perceptions les plus immédiates des médecins.

⁶¹ *Ibid*, p. 77 (annexe II.1).

⁶² *Ibid*, p. 39.

⁶³ Philippe Davezies et François Daniello, L'épuisement professionnel des médecins généralistes Une étude compréhensive en Poitou-Charentes, Union Régionale des Médecins Libéraux de Poitou-Charentes, 2004, p. 140-141.

De même, les médecins qui disposent d'un « espace temps » plus important recourent davantage à un autre médecin pour se faire soigner⁶⁴. La détresse psychologique mesurée apparaît également corrélée à la durée du travail et à certains symptômes, mais pas aux caractéristiques du lieu d'exercice (urbain ou rural)⁶⁵. Cette distinction ne semble pas suffisante car c'est plutôt la sous-densité qui est problématique au sens où elle pose d'évidents problèmes de régulation du temps de travail. Cette sous-densité est intra régionale : elle concerne davantage les zones rurales de faible densité, mais elle est aussi développée dans certaines banlieues parisiennes⁶⁶. Elle touche davantage les territoires sous-équipés en termes d'infrastructures médicales aussi bien que d'infrastructures sociales et culturelles et de services. Enfin, elle tend à s'étendre à partir de zones déjà sous-denses.

Ces différents éléments permettent de situer les médecins qui constituent notre corpus dans un contexte général qui est celui d'un surmenage structurel de la profession. Cependant, seule une minorité « bascule » vers des troubles de la santé mentale tandis que d'autres organisent la préservation de leur santé. L'espace de concurrence entre les différentes positions qu'il est possible d'occuper, déterminé par les caractéristiques territoriales de l'installation et les ressources et dispositions des médecins qui les orientent plutôt vers tel ou tel contexte d'exercice, joue un rôle central.

⁶⁴ Ibid.

⁶⁵ Ibid.

⁶⁶ DREES, En 2018, les territoires sous-dotés en médecins généralistes concernent près de 6% de la population, Etudes et résultats, février 2020, n°1144.

II. Méthodologie

A. Modalités de constitution d'un corpus de médecins généralistes et approche sociologique

Pour constituer notre corpus d'entretiens, nous avons utilisé trois modes de recrutement des enquêté·es.

Tout d'abord, nous avons fait passer une annonce par la Société Française de Médecine Générale (SFMG), par l'intermédiaire d'un médecin généraliste, auteur d'une thèse en anthropologie médicale et membre du bureau de la SFMG. La SFMG se définit comme une structure non syndicale œuvrant pour la promotion de la Médecine Générale. Son bureau a passé un appel que nous avons rédigé avec sa collaboration. Cette annonce a été envoyée par le biais d'un fichier comportant 508 adhérent·es (en 2019). Aucune sélection n'a été faite pour cibler un type particulier de médecins. Quarante-neuf médecins ont répondu être intéressé·es par l'enquête. Un certain nombre de ces médecins n'a pas donné suite à notre demande ultérieure d'entretien et des entretiens n'ont pas pu être programmés dans la période de recueil des données. Le taux de réponse spontané relativement important suite à l'annonce nous a semblé exprimer le malaise professionnel d'une partie de la profession que les enquêtes quantitatives citées ci-dessus saisissent. Ces médecins, comme ceux et celles qui répondent aux différentes enquêtes sur le burn out, se reconnaissent dans l'appel que nous avons lancé et qui mentionnait des difficultés professionnelles. Se sont aussi reconnu·es des médecins pour lesquel·les le problème s'était posé et qui avaient trouvé des solutions autres que la reconversion pour préserver leur santé. Cette auto sélection spontanée nous a permis d'étudier à la fois les situations de basculement vers les troubles de santé mentale et les mesures d'autoprotection mises en place par celles et ceux qui ont senti le risque de basculement.

Les médecins qui ont répondu à notre annonce ont par définition une certaine proximité avec la SFMG qui elle-même est proche du syndicat « MG France », syndicat valorisant la posture des « soins pour toutes et tous ». Cela peut expliquer la présence dans notre corpus des médecins souhaitant travailler avec une patientèle de milieu populaire, et d'un ensemble de problématiques (tiers payant, mutuelle, éducation thérapeutique, etc.) qui leur sont associées⁶⁷. Ainsi, on trouve peu parmi nos enquêté·es de discours dépréciatifs à l'égard des patient·es, si ce n'est sous la forme extrêmement générale du « consumérisme ». On peut avancer l'hypothèse que le rapport généralement positif aux patient·es issu·es des catégories populaires s'explique par les origines sociales des médecins de notre échantillon, beaucoup plus diversifiées que celles de la population « standard » des médecins généralistes⁶⁸. Ainsi notre corpus d'entretien comprend une part significative d'enfants d'agricultrices et d'agriculteurs, d'enseignant·es ou d'ingénieur·es. Le corpus d'entretiens est néanmoins constitué d'une très grande variété de profils et de rapports à la patientèle, avec un spectre qui va du médecin militant qui travaille dans un centre de santé pour être au plus près des classes populaires à celui qui s'expatrie en suisse parce qu'il ne supporte plus ce type de patientèle et la plus grosse charge de travail qu'elle suppose⁶⁹. Mais cette plus grande variété des origines sociales explique que certaines « solutions » adoptées par des médecins pour s'aménager des conditions de travail (passage en secteur 2, accent mis sur le caractère

⁶⁷ Bloy, G. (2015). Échec des messages préventifs et gouvernement des conduites en médecine générale ». *Sciences sociales et santé*, vol. 33(4), 41-66. <https://doi.org/10.3917/sss.334.0041>

⁶⁸ Mireille Elbaum, « L'origine sociale des professionnels de santé », *Etudes et résultats*, n°496, juin 2006, DRESS.

⁶⁹ Ces difficultés sont à la fois cliniques (multimorbidité, non observance thérapeutique, recours tardif aux soins) et non cliniques. Elles concernent la durée de consultation plus longue qui est la première citée par les médecins (83 %). Viennent ensuite principalement le manque de coordination entre le secteur médical et le secteur social (78 %), les obstacles à la prévention envers ces patient·es (75 %) et la surcharge de travail administratif (73 %).

lucrative de l'activité, etc.) soient moins immédiatement disponibles pour d'autres.

Une deuxième voie de recrutement a été constituée en nous appuyant sur nos réseaux, en sollicitant, lors d'une monographie dans une zone médicalement sous dense, nous-mêmes les médecins ou en passant parfois par des personnes engagées dans des actions de lutte pour l'attractivité de leur territoire. Trois médecins ont été interviewés et des contacts avec d'autres médecins ont été pris.

Au total, soixante-cinq entretiens ont été réalisés pour l'enquête sociologique (cf. annexe 1). Les entretiens ont été menés par les personnes impliquées dans la recherche et autrices de ce rapport à partir d'un guide d'entretien commun élaboré collectivement.

Trois types de profils se dégagent à ce jour dans ce corpus : d'un côté des hommes âgés et proches de la retraite, ayant monté des projets de centres, de maison ou de pôles de santé et de l'autre côté, des femmes entre la quarantaine et la soixantaine, souvent en souffrance professionnelle et/ou en état de surmenage. Le troisième profil est représenté par des femmes et des hommes (plus jeunes) qui se reconvertisent vers le salariat ou cherchent à le faire pour éviter précisément cette situation de débordement qu'elles font tout pour repousser. Il semble qu'il y ait un important « effet de genre » dans la constitution spontanée de notre échantillon, que l'on retrouve dans la manière dont les médecins parlent de leur travail mais aussi d'elles et d'eux-mêmes. Les hommes sont également en souffrance, mais ils n'en parlent pas de la même manière, le surmenage étant souvent évoqué à demi-mot ou minoré dans le discours, là où du côté des femmes nous sommes en présence de nombreuses personnes déclarées en *burn-out* et ayant vécu, une ou plusieurs périodes d'arrêt de travail voire une ou plusieurs hospitalisations.

Le mode de recrutement (les enquêtés interviewés par la voie de la SFMG sont en plus grand nombre que les autres) a probablement pour effet de sur-représenter les médecins qui sont en difficulté ou qui cherchent à éviter de l'être. C'est précisément ces médecins que nous voulions atteindre, compte tenu de la thématique de notre recherche. Nous souhaitions enquêter à la fois auprès de médecins en situation « d'exit » (caractéristique que nous avons fait valoir dans le courrier adressé à la SFMG)⁷⁰ et auprès de ceux et celles « qui tiennent », soit qu'ils et elles n'envisagent pas de changement de modalité d'activité, soit qu'ils et elles parviennent à mettre en œuvre des stratégies préventives pour concilier un équilibre vie professionnelle/vie personnelle qui, compte tenu de la charge de travail qu'implique aujourd'hui l'exercice du métier, reste toujours à conquérir.

Le corpus d'entretiens n'est pas représentatif de l'ensemble des médecins en France et ne prétend pas l'être dans le cadre d'une enquête qualitative. Nous avons été en revanche attentives à constituer un corpus d'enquêtés qui soit significatif des médecins ayant rencontré des troubles de santé ou ayant mis en place des stratégies spécifiques pour s'en protéger dans des contextes suffisamment récurrents pour que les résultats soient extrapolables à ce type de configurations professionnelles. Nous avons également été attentives à diversifier les profils des enquêtés du point de vue des configurations d'exercices et des origines sociales comme le montreront les nombreuses références aux caractéristiques du contexte familial d'origine des médecins dans les différentes parties de ce rapport.

Notre corpus est donc significatif des médecins en surcharge de travail ou qui se battent pour ne pas l'être. Comme l'observe Géraldine Bloy, « le programme institutionnel spécifique de la Médecine libérale, tel qu'on peut l'appréhender dans les textes et les dispositifs de gouvernance, n'a objectivement jamais été aussi chargé : les missions du généraliste se multiplient, les injonctions normatives et le filet

⁷⁰ « Nous sollicitons donc l'aide de la SFMG pour proposer à vos adhérent·es de participer à cette recherche, et pour identifier parmi vos adhérent·s des médecins généralistes ayant mis fin à leur activité libérale au cours des cinq dernières années, que ce soit en se réorientant vers des activités médicales plus spécialisées (PMI, planning familial, médecine d'urgence, médecin-conseil de l'Assurance maladie, alcoologie, homéopathie), vers la médecine générale salariée, ou vers des activités non cliniques (journalisme, recherche) voire non médicales ».

des dispositifs qui les entourent se renforcent⁷¹. Ces missions donnent lieu à des recompositions profondes au sein de la profession et mettent à l'épreuve les conceptions du métier dans les relations entretenues avec les patient·es et les autorités de régulation⁷². Les recommandations de « bonnes pratiques » ne tiennent pas toujours compte des contraintes qui pèsent sur les médecins. L'exemple de soins préventifs recommandés est à ce titre significatif des difficultés dans lesquelles peuvent les plonger certaines injonctions : les généralistes, outre l'obligation de tenir compte de la demande des patient·es, peuvent « être confrontés à de vraies difficultés d'organisation et de priorisation de l'agenda »⁷³. Cette question de la surcharge de travail et des modes possibles de régulation (dont l'orientation vers le salariat est une expression) est au cœur des difficultés rencontrées par les médecins de notre corpus. Elle est fortement corrélée à la question de la satisfaction éprouvée au travail et donc, à la santé psychique : les longues durées de travail entraînent une insatisfaction professionnelle de sorte que « près d'un généraliste sur deux déclare souhaiter réduire sa durée de travail. Cette proportion est systématiquement plus élevée pour les hommes (autour de 53 %) que pour les femmes (entre 35 % et 48 %), dont le temps travaillé semble plus proche du temps désiré ».

Les situations de souffrance psychique ou/de burn-out/versus les stratégies pour s'aménager des conditions soutenables de travail nous intéressaient comme les deux faces d'une même question, celle de la soutenabilité ou non soutenabilité du travail au sens où l'entendent Volkoff, et Gaudart.

B. Des profils variés

Les médecins de notre corpus présentent donc un profil varié, tant du point de vue de leurs origines sociales, plus hétérogènes que dans la population médicale globale, de leurs trajectoires familiales et professionnelles que de leur rapport au métier et à la patientèle. Les solutions que trouvent ces médecins pour résoudre leurs problèmes sont également diverses, certain·es aménageant leur activité en libéral, tandis que d'autres se tournent dans le salariat.

Parmi ceux qui étaient en situation « d'exit », si beaucoup d'entre elles/eux sont, ou sont passé·es par des cabinets de groupe et/ou des maisons de santé, certain·es ont diversifié leur activité de médecine générale en pratiquant de l'acupuncture, de l'homéopathie, de l'ostéopathie, de l'hypnose ou de la gynécologie. Du côté de la médecine salariée le panel d'activités est relativement large : une dizaine de médecins exercent en centre de santé, d'autres sont médecins hospitalier·es (des urgentistes, et une remplaçante dans les services), médecins généralistes en EHPAD et en hôpital psychiatrique ; d'autres encore, porté·es sur la prévention sont, ou ont été addictologues, médecins en PMI, médecins du travail ou encore médecins scolaire ; d'autres ont choisi des voies plus administratives ou gestionnaires telles que la coordination d'EHPAD, la coordination de secteurs de soins, ou encore des carrières au sein de la sécurité sociale, du RSI ou de l'agence régionale de santé.

Une partie des médecins enquêté·es ont été en burn out ou/en dépression, avaient eu divers troubles de santé et une partie du guide d'entretien était consacrée à cette question. Mais l'enjeu était pour nous de saisir les processus sociaux qui conduisent les médecins à se sentir plus ou moins en adéquation avec leur travail et avec leur position sociale, ainsi que les effets de désajustement entre aspirations, dispositions sociales et conditions de travail faisant l'hypothèse qu'ils pouvaient se révéler délétères sur la santé des médecins.

Pour articuler les contextes et les dispositions, nous avons interrogé conjointement les pratiques de travail des médecins par entretien et par observation (volet ergonomique), leur organisation du travail, ainsi que leur trajectoire sociale. Il nous est apparu en effet qu'à conditions de travail proches, les conséquences sur la santé mentale étaient très variables en fonction des dispositions des médecins (s'il

⁷¹ *Ibid.* Blois, G (2015). P. 60

⁷² Isabelle Baszanger, Martine Bungener, Anne Paillet (Dirs.). *Quelle médecine voulons-nous ?* Paris, La Dispute, 2002.

⁷³ Géraldine Bloy, *Échec des messages préventifs et gouvernement des conduites en médecine générale*, Sciences sociales et santé, 2014, vo. 33.

s'agit d'une femme ou d'un homme, d'un médecin ayant grandi à la campagne ou en ville, d'un enfant de parents fonctionnaires ou libéraux, d'un enfant d'ouvrier ou de cadre, d'un médecin proche de la retraite ou d'un jeune médecin), et de leurs aspirations (si leur objectif est de gagner beaucoup d'argent et de faire beaucoup d'heures ou si à l'inverse elles et ils recherchent à maîtriser leur temps de travail). Ce sont ces imbrications entre conditions de travail, aspirations et dispositions sociales qui conduisent certains médecins à être en situation de désajustement, et qui semblent impacter leur santé mentale, comme nous le mettons au jour dans ce rapport. Nous avons choisi de dégager des configurations générales qui conduisent à mettre en péril une situation déjà structurellement sur le fil du rasoir pour une partie importante de la profession comme l'indique la revue de la littérature de la partie précédente.

C. Méthodologie de recherche en ergonomie

1. Protocole de recherche

Le volet ergonomique de cette recherche vise à faire des observations des médecins généralistes dans leur activité en cabinet et en visite à domicile. Un protocole de recherche a été réalisé début septembre 2020 et soumis au conseil de l'ordre de l'Isère.

Ce protocole détaille les objectifs spécifiques de l'étude ergonomique dans le cadre de la recherche DREES sur la santé mentale des médecins généralistes en zone désertifiée, volet d'étude supervisé par Sandrine Caroly - Laboratoire PACTE, université Grenoble-Alpes. La responsable coordinatrice de l'ensemble de la recherche est Sandrine Garcia - sociologue à l'université de Bourgogne.

L'objectif du projet de recherche, dans le volet ergonomique, est de comprendre et développer les pratiques réflexives des médecins généralistes à partir d'une analyse qualitative de leur activité dans des situations de travail singulières, afin d'en tirer les difficultés et les ressources qui leurs permettent de travailler avec leurs patient-es et les autres professionnel-les (pharmacie, hôpital, infirmière, etc.).

Pour cela, la méthodologie vise à réaliser dix monographies complètes du travail de médecins généralistes en zone désertifiée. Le processus de recrutement des médecins est défini avec des critères d'inclusion : médecins volontaires exerçant dans des zones de déserts médicaux ; en statut libéral : individuel, associé ou collaborateur ; autant d'hommes que de femmes ; autant de médecins âgé-es (plus de 45 ans) que de médecins jeunes avec une diversité d'ancienneté dans la fonction.

Une fois que le médecin est volontaire, la méthodologie suit 3 volets :

- un entretien semi-directif exploratoire pour comprendre le contexte de travail, les conditions d'exercices en désert médical, le parcours professionnel, l'organisation pratique des tâches et les difficultés ou stratégies dans l'activité de travail.
- une observation de situation réelle de travail. Chaque médecin volontaire est observé-e sur une durée de 1 à 2 jours. Le choix du jour et du lieu de l'observation sont définis avec le médecin. L'observation des consultations patient-es et des visites implique un protocole d'accord du médecin et du ou de la patient-e concerné-e par la situation d'observation avec le respect des règles déontologiques, qui doit être signé par les personnes observées.
- un entretien d'auto-confrontation sur le compte-rendu des observations. Cet entretien permet de co-construire avec le médecin une analyse de son activité et de dresser des pistes d'amélioration.

Le conseil de l'ordre de l'Isère a accepté le 9 septembre 2020 que deux chercheuses en ergonomie, Sandrine Caroly et Lucie Reboul du laboratoire PACTE, puissent réaliser ces observations ergonomiques. Pour cela, le conseil de l'ordre nous a indiqué des secteurs géographiques où pouvait se dérouler l'enquête, secteurs qu'il évalue comme des zones désertifiées du fait du manque de médecins et des difficultés de reprise d'activité par des confrères, conduisant à un vieillissement important de ces médecins.

2. Échantillon

Notre échantillon est composé de 4 hommes et 6 femmes, qui sont tous en profession libérale, dont 2 en cabinet individuel, 5 en cabinet de collaboration et 3 en maison de santé. Six médecins sont situés dans le Nord-Ouest de l'Isère, deux dans le Nord Est de l'Isère, 1 dans le Sud-Ouest et 1 dans le Sud Est. L'ancienneté est corrélée à l'âge, les médecins de moins de 35 ans d'âge ont moins de 10 ans d'ancienneté, ceux de plus de 50 ans ont plus de 15 ans d'ancienneté.

Prise de contact avec les médecins et refus

Sur les 68 médecins isérois contactés, 15% des médecins ont accepté de participer à la recherche (cf. figure 2). Un peu moins de la moitié – 47% - n'a pas donné suite après un premier contact avec le secrétariat (transmission du projet aux médecins), ou avec le médecin (échange direct ou/et envoi d'un mail). ¼ a refusé : parce qu'ils et elles sont débordés et n'ont pas le temps (9%), parce qu'ils et elles n'y voient aucun intérêt et/ou ne se sentent pas en désert médical (9%), certains ont accepté un premier entretien téléphonique ou de visu mais n'ont pas voulu poursuivre avec les observations car la présence d'un tiers ne correspondait pas à leur pratique (6%) ou parce que les observations étaient en contradiction avec les mesures d'hygiène prise avec le COVID (1%). Certains médecins étaient en congés (maladie, maternité) et n'ont pas été relancés. Enfin, la catégorie « autre » (9%) regroupe différents cas : un médecin qui aurait été d'accord mais qui exerçait dans les Hautes-Alpes ; des médecins spécialisés qui n'apparaissent pas comme tel dans l'annuaire, etc.

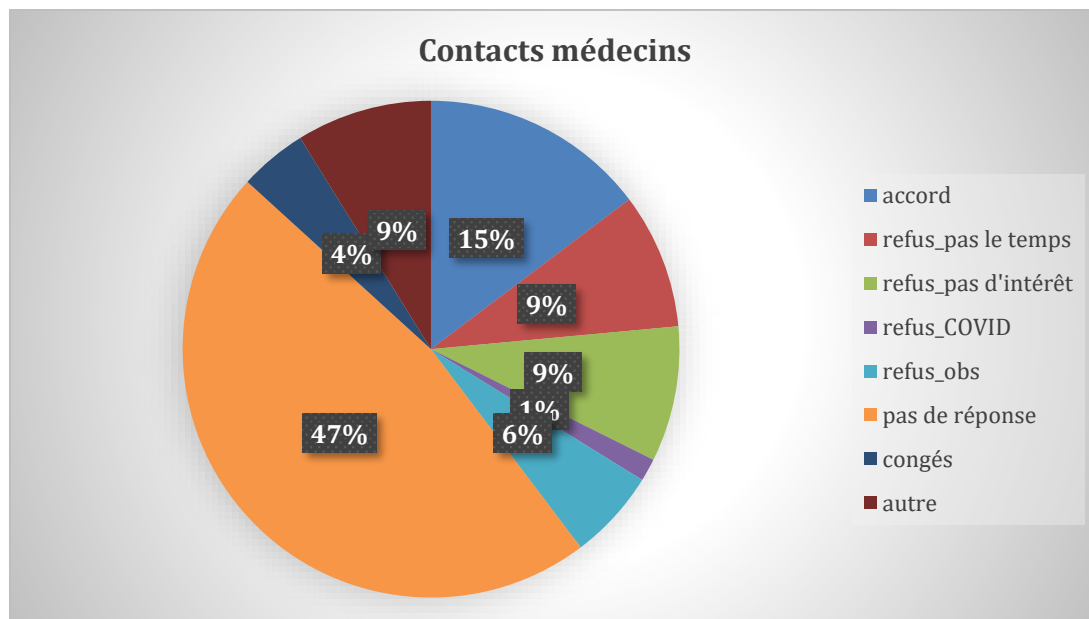


Figure 2 : types de réponses données après une prise de contact avec les médecins isérois (en pourcentage).

III. Enquête sociologique

A. Travail médical, travail administratif, travail domestique : des médecins généralistes à bout de souffle

1. Des journées de travail longues et intenses : un travail « à rallonge », difficile à border

Les médecins généralistes de notre corpus qui travaillent ou ont travaillé en cabinet libéral travaillent plus de 10h par jour, ce que ces médecins supportent jusqu'à ce qu'un élément vienne perturber un équilibre déjà fragile entre leurs investissements professionnels et personnels : il peut s'agir de problèmes de santé, du départ d'un collègue, de modifications de l'outil de travail (nouveau logiciel, développement d'une maison de santé), de la naissance d'un enfant ou du changement de travail du conjoint.

Pour Héléne, 36 ans, c'est sa grossesse qui lui rend insupportable les journées de 14h au cours desquelles elle voit 40 patient-e-s, en tant que remplaçante en libéral à Lille : « c'était des journées où je partais à 7h et je revenais quelquefois à 21h30. »

La comparaison des conditions de travail des médecins généralistes libéraux avec celles d'autres professions qualifiées est éclairante, d'autant plus que les écarts de revenus ne justifient pas aux yeux d'Héléne un tel investissement dans le travail :

« Le salaire, quand on le rapporte aux heures de travail, il n'est pas si fou que ça en libéral, avec toutes les charges. Du coup, je ne vois plus vraiment d'avantages à être en libéral très honnêtement, à part le service rendu aux gens sûrement. »

Héléne accepte de travailler sur ce mode qu'elle qualifie de sacrificiel jusqu'à sa grossesse, qui lui rend ces conditions de travail insupportables.

Pour René (55-60 ans), ce sont des problèmes de santé physique qui tiennent lieu d'alerte face à des conditions de travail devenues insupportables :

« Il y a des moments où le corps finit par lâcher, on ne veut pas que ça lâche dans la tête mais c'est le corps qui dit stop. J'ai fait un souci cardiaque dans un premier temps et qui s'est répété après. J'avais quand même un diabète depuis de nombreuses années aussi, en sachant pertinemment les risques que ça pouvait comporter à terme sur le plan de la santé, notamment cardiovasculaire. C'est aussi ce qui m'a incité à dire : on freine et on passe à autre chose. »

Qu'il s'agisse de la grossesse pour Héléne ou de problèmes cardiovasculaires pour René, il faut que le corps ne soit plus en mesure de faire face à de longues journées de travail, au point de mener à un abandon de l'activité libérale, pour que ces médecins jugent leur charge de travail excessive.

Si la durée des journées de travail des médecins excède 10h pour l'ensemble des médecins de notre corpus exerçant en cabinet libéral, ce n'est pas tant leur durée que leur intensité qui semble poser problème. En effet, plusieurs médecins mentionnent un nombre limite de consultations quotidiennes (autour de 25) au-delà duquel un travail de qualité leur semble impossible, et s'organisent pour limiter leur nombre de consultations.

C'est le cas de Corinne, 48 ans, installée en cabinet libéral collectif à Blois. Elle travaille de 7h45 à 20h quatre jours par semaine, à raison de 20 minutes par patient-e, avec une pause d'une demi-heure pendant laquelle elle déjeune au cabinet. Elle travaille également un samedi matin par mois. Elle fait aussi des gardes de 20h à 22h, dont « la fréquence n'est pas importante » et pendant lesquelles elle voit « des gens qui n'ont pas trouvé de médecin pour les recevoir dans la journée [ou qui] n'ont

pas de médecin traitant » car « à Blois, on a vraiment une pénurie de médecins au point que la maison médicale, on ne prend plus de nouveaux patients ». Elle limite ses journées à 25 patient-es par jour, car un rythme plus soutenu lui semble insoutenable :

« On devait être à 15-20 par jour. Avec les années, la moyenne est passée à 25 par jour et avec l'associé qui est parti c'était plutôt 30. Alors 25 ça me va mais 30 c'est trop. Les jours où j'en vois 25, je me dis « c'est les vacances, c'est cool, c'est sympa » et il suffit de passer un peu au-delà de ça et c'est déjà trop pour moi. »

Dans ces conditions, elle est heureuse de son exercice libéral de la médecine générale, et d'avoir pu ménager un jour où elle ne travaille pas, le mercredi (tout de même occupé par deux réunions d'une heure par mois).

Née en milieu rural de parents agriculteurs, Corinne est parfaitement ajustée à une patientèle rurale ou urbaine populaire, et à l'exercice libéral. Mais le départ de l'un de ses associés, ainsi que l'abandon d'un logiciel médical qu'elle avait paramétré pour un autre logiciel qu'elle trouve inadapté, augmentent sa charge de travail, et elle vit l'épidémie de Covid-19 comme révélatrice d'un manque de reconnaissance de la médecine de ville dans la mesure où ses patient-es ne venaient presque plus. Elle ne se reconnaît pas dans le projet de maison de santé pluriprofessionnelle (MSP) porté par son plus jeune associé arrivé récemment, et décide de quitter le cabinet pour une équipe de soins palliatifs. Un des points de désaccord avec ses trois associés concerne le rôle des « assistants médicaux », dont les postes sont financés par la Sécurité sociale en échange d'une augmentation de la patientèle et d'une délégation de tâches jugées non proprement médicales. Or Corinne refuse d'augmenter sa patientèle et refuse de déléguer aux assistants médicaux un travail qu'elle estime faire partie intégrante de la construction de la relation thérapeutique :

« Moi, ce que j'aime, c'est recevoir les gens, discuter, et adapter. Si un patient ne veut pas se peser parce qu'il est mal avec son poids, je ne le pèse pas. Alors que si on demande à un assistant de faire le poids et la taille à tout le monde... »

Contrairement à la plupart des médecins de notre corpus, l'histoire de Corinne est celle d'un désajustement tardif, lié à l'introduction de formes bureaucratisées de division du travail dans un cabinet de médecine libérale. Sa décision d'arrêter la médecine générale libérale lors du passage au statut de MSP témoigne des effets pervers des MSP sur la charge de travail des médecins dès lors que les MSP sont conçues comme un moyen d'augmenter la patientèle sans augmenter les effectifs médicaux, c'est-à-dire d'intensifier le travail.

Pour Marc-Antoine, au contraire, la MSP représente un moyen de contrôler la charge de travail en facilitant le recrutement de successeurs. Installé seul en libéral en secteur 1 à Rennes en 1994, ses semaines sont chargées (8h-21h du lundi au vendredi et le samedi de 8h à 15h), mais lui semblent compatibles avec l'éducation des enfants grâce à la proximité du cabinet au domicile et grâce à l'aide des quatre grands-parents.

Lorsque le cabinet s'agrandit et passe à deux puis trois médecins, l'augmentation du volume de patient-es rend la charge de travail insoutenable, au-delà des 25 patient-es par jour qui lui semblent, comme à Corinne, un volume permettant un travail de qualité :

« A la fin des années 1990, j'étais arrivé à 30 par jour, ça devenait insupportable. Intellectuellement ça faisait trop et après quand je suis arrivé en mode routine classique, j'étais à 25 rendez-vous par jour. »

Cette augmentation de la patientèle amène ces trois médecins à mettre en place des consultations exclusivement sur rendez-vous, ce qui a eu pour effet, à son grand regret, d'évincer ses patient-es des classes populaires :

« Au moment où on est passé à deux [médecins], [...] j'ai pris un secrétariat téléphonique pour mettre des rendez-vous. Pour travailler à deux, c'était indispensable, sinon c'était le bazar. J'ai

fait le choix d'installer un secrétariat téléphonique juste avant qu'on passe à deux pour mener les deux activités de manière assez disjointe malgré tout. Et on a basculé tout en mode de rendez-vous à partir de 2000. Ça a entraîné une sélection des patients incontestable. Je ne voyais plus que des patients qui étaient en capacité de prendre un rendez-vous, ce qui fait que je voyais tout le temps les mêmes personnes, et je n'avais plus beaucoup de renouvellement. Au bout de 10 ans, quand vous êtes médecin généraliste, vous avez une patientèle qui vous ressemble et vous voyez toujours les mêmes personnes avec les mêmes pathologies. Il n'y a plus beaucoup de nouveautés. Le fait de tout passer sur rendez-vous a cet effet d'homogénéisation assez rapide de la patientèle que vous suivez. Pour moi, ça n'a pas été une bonne chose parce qu'à la fin, j'étais en situation où je commençais le matin et je savais qui j'allais voir et je savais ce que seraient les problématiques que j'allais entendre parler. Je n'y trouvais plus mon compte dans cette organisation. Economiquement c'était très intéressant mais intellectuellement ça ne me plaisait pas. »

Outre cette frustration liée à l'homogénéisation sociale de sa patientèle (vers le haut), il décrit des relations assez tendues entre les médecins généralistes du territoire, jusqu'à ce que les départs en retraite non remplacés accroissent le travail de chaque médecin et contraignent les médecins à des organisations de travail plus collectives.

C'est dans ce contexte qu'il initie en 2008, avec ses deux associés et deux autres médecins, un projet de maison de santé pluriprofessionnelle (MSP), qui leur permet de recevoir des financements pour améliorer leurs conditions de travail (locaux adaptés, secrétariat), et qu'il envisage comme un moyen de trouver des successeurs.

Des formes d'organisation collective du travail médical libéral, telles que les MSP, peuvent donc, sous certaines conditions et lorsqu'elles sont choisies et acceptées par l'ensemble de l'équipe, rendre le travail soutenable. Lorsque l'exercice médical libéral est solitaire, seule la présence d'une conjointe disponible (dans notre corpus, il ne s'agit jamais d'un conjoint) peut rendre le travail soutenable, parce qu'elle assure le secrétariat et la comptabilité du cabinet, ainsi que le travail domestique et notamment parental. Les conjointes de Manuel (67 ans, installé en milieu rural) et Olivier (59 ans, exerçant également en milieu rural) ont ainsi toutes deux mis fin à leur activité professionnelle (respectivement professeure de français et assistante dentaire) pour se mettre au service de celle de leur conjoint. Ce n'est jamais le cas pour les femmes de notre corpus.

La difficulté à borner des journées « à rallonge » (Nathalie), à maîtriser le temps et la charge de travail, traverse tous les entretiens des médecins de notre corpus, y compris lorsque ces médecins parviennent à mettre en œuvre des dispositifs permettant de maîtriser leur temps et leur charge de travail.

Le secrétariat fait partie de ces dispositifs, comme en témoigne Edith, médecin dans un cabinet collectif en zone rurale près de Troyes. Le cabinet est doté de deux secrétaires qui s'occupent des appels téléphoniques, des prises de rendez-vous, mais pas des paiements ni de la comptabilité. Cette gestion par des secrétaires des appels téléphoniques est très importante pour les médecins : cela leur permet de ne pas être submergés par les appels tout en ayant l'assurance de ne pas passer à côté d'une urgence.

Concernant sa charge de travail au cabinet, le problème semble moins le volume d'heures de consultations au cabinet (pas beaucoup plus de 35 heures par semaine, hors travail administratif) qu'un emploi du temps découpé, associé à des implications dans des activités professionnelles différentes (elle est assistante universitaire de médecine générale et monte un projet de maison de santé) qui se cumulent pour constituer une charge de travail importante au bout du compte.

Le fait de pouvoir être sollicitée en permanence est renforcé par l'usage d'outils de communication rapide partagés par le collectif de travail, tels que Whatsapp, qui accentuent la charge mentale.

Il est important de noter qu'elle est célibataire sans enfants, la seule dans cette situation dans son cabinet. Elle n'a donc pas la problématique de l'articulation entre vie familiale et vie professionnelle comme

d'autres médecins de notre corpus, mais souffre de la sollicitation constante qui suppose une disponibilité permanente :

« J'ai commencé à faire de la voile pour avoir une activité autre [rire]. Il se trouve qu'en faisant de la voile, il y a un risque de tomber à l'eau et donc je ne pouvais pas prendre mon téléphone portable. Pendant 3 heures je n'avais pas mon téléphone, c'était la 1ère fois depuis très longtemps et ça m'a fait très bizarre les 1ères fois. Ça a été déjà une 1ère prise de conscience. Mais dès fois, je sortais de ma séance, je prenais mon téléphone et la liste de messages 'qu'est ce qu'on fait avec ce patient ?' Et j'ai été absente 3 heures quoi ! Trois heures ! Le samedi après-midi ! Où je ne suis pas censée bosser ! »

Ce besoin de mettre des bornes au travail, qui traverse les entretiens présentés ici, entre en tension avec le modèle de disponibilité propre à la médecine générale libérale, dont témoigne également, dans certains entretiens, le poids des visites à domicile dans l'organisation de leur travail. Ainsi, Fabrice, 60 ans, qui s'est installé dans l'Yonne pour fuir la concurrence, s'y trouve placé dans l'impossibilité de refuser des patients. Il fait des journées de 12h à 15h, prend des gardes de nuit, fait des visites à domicile, ne peut pas partir en vacances : « c'est un boulot phagocytant qui était au détriment de la vie familiale ». Il évoque tout au long de l'entretien une grande lassitude et une perte de sens de son métier. Le fait d'exercer à la campagne en contexte de concurrence importante entre les médecins a contribué selon lui à ce que les médecins se retrouvent débordés, notamment par l'acceptation de visites à domiciles pour des cas qui selon lui ne nécessitent pas que le médecin se déplace. Il a alors décidé - et il a été suivi dans cette démarche par ses confrères - de réduire drastiquement le nombre de visites journalières en augmentant leur tarif.

L'augmentation du tarif des visites à domicile apparaît comme le seul moyen d'en limiter le nombre (ensuite passé de 20 à 5 par jour), témoignant de la difficulté à les négocier ou à les refuser, et à imposer aux patient-es de se déplacer au cabinet.

2. Des médecins en quête de conditions de travail compatibles avec la qualité des soins... et de la vie personnelle

Auprès des médecins les plus jeunes de notre corpus (30-40 ans), le modèle professionnel de la disponibilité permanente, et des journées de travail qui durent tant que dure la demande des patient-es, est découvert au cours des stages d'interne ou des premiers remplacements, et tient lieu de repoussoir, pour ces jeunes hommes comme pour ces jeunes femmes, avec ou sans enfants. L'explication de la crise du modèle professionnel par la féminisation de la profession et par la division sexuelle du travail domestique, et notamment parental, ne résiste donc pas à l'enquête empirique.

Pour Caroline, 36 ans, qui vit en couple sans enfant, les stages chez des médecins généralistes libéraux ont ainsi tenu lieu de contre-modèle, car il s'agissait de deux médecins « qui bossaient énormément, qui finissaient tard le soir mais qui n'étaient pas sympas avec les gens. Les gens continuaient de venir parce que les médecins étaient toujours dispos, il y avait toujours de la place, on pouvait toujours rajouter des consultations, etc. Mais c'était une vie horrible et ils passaient leur temps à s'agacer des patients. Ça m'a permis de me rendre compte qu'il ne fallait surtout pas reproduire ce genre de chose, privilégier la qualité de vie et le respect des patients. »

Elle fait d'abord des remplacements en libéral pendant trois ans, en secteur 1, surtout en Seine-Saint-Denis, et « [pensait s']installer, mais ne [savait] pas trop où ». C'est par le biais de l'enseignement universitaire qu'elle arrive en centre municipal de santé. Elle ne connaissait pas du tout les centres de santé mais, par comparaison avec son expérience de l'exercice libéral, elle y trouve des « avantages au niveau de l'administratif », car « on délègue un peu plus qu'en libéral » et parce

qu'elle apprécie de travailler avec un collectif pluriprofessionnel (kinésithérapeutes, infirmières, avec des réunions mensuelles réunissant ces différents groupes professionnels autour de « cas complexes »). Elle gagnait 2500 euros lorsqu'elle était remplaçante libérale, et gagne 3000 euros nets par mois au CMS pour 24 heures par semaine (réparties sur deux journées de 9h à 18h30 et deux demi-journées, et un samedi matin sur deux), auxquels s'ajoutaient 900 euros quand elle enseignait à la fac. Suite à un accident de travail, elle a apprécié les droits attachés au statut de salariée. En effet, elle a « pu être malade et ne pas [s']inquiéter » : « ici, ils ont embauché des remplaçantes pendant mon absence, je n'ai rien eu à gérer en fait. Si j'étais en libéral, j'aurais dû chercher des remplaçants moi-même. Je pense que le remplaçant m'aurait appelée plein de fois pour me poser des questions, pour gérer le cabinet. Là, je n'ai rien eu à faire, j'ai juste eu à prendre soin de moi et à guérir. Donc ça c'est bien. Le congé maternité aussi. »

Faisant retour sur son expérience de remplaçante libérale, constate qu'« à chaque fois, [elle était] confrontée à la même difficulté », liée à la dimension entrepreneuriale de la médecine libérale : « le médecin que je remplaçais n'avait pas la même vision de la médecine que moi. On sentait toujours qu'il fallait gagner de l'argent. [...] Je ressentais que c'était leur business et il ne fallait pas forcer les patients parce qu'il fallait qu'ils reviennent, il fallait dire oui sinon ils allaient aller voir un autre médecin ». Après extinction de l'enregistreur, elle ajoutera : « les médecins généralistes libéraux qui tiennent, c'est qu'ils ont une âme d'entrepreneur. »

Elle a choisi de ne travailler que 24 heures par semaine car elle trouve le travail fatigant, notamment en raison des consultations avec des personnes peu francophones, et elle trouve que « les horaires sont bien », car « on ferme le centre à 19h donc [elle] ne [peut] pas finir à 21h, ce n'est pas possible ». Par contraste avec le bornage temporel extensible du travail universitaire et du travail médical libéral, la possibilité de contrôler son temps de travail en CMS lui permet de tenir face à une demande potentiellement infinie.

Matthias, 39 ans, a lui aussi commencé par des remplacements en cabinet libéral pendant quatre ans, et remarqué rapidement qu'il « s'essouffle » au-delà de 25 patient-es par jour. Il décide alors de s'en tenir à 25 consultations par jour, à raison de quatre jours par semaine, et d'augmenter à 20 minutes son temps de consultation, ce qui lui permet de faire un travail de bonne qualité pour des revenus qu'il estime suffisants. En libéral secteur 1, il gagnait 4000 euros nets par mois, et ajuste son temps de travail aux revenus qu'il estime suffisants : « je savais ce que je voulais c'est-à-dire que je voulais continuer à voyager, à sortir, aller au restaurant facilement. J'avais une idée de combien j'avais besoin financièrement par mois. Et du coup, en voyant 100 patients pas semaine, ça me suffisait. » Cette maîtrise du temps de travail suppose le choix d'installation dans un territoire où les loyers et charges sont peu élevés :

« Si on arrive à contrôler ses charges et si on arrive à contrôler son activité, on peut se débrouiller pour ne pas être forcé les années suivantes à rembourser plus et à travailler plus. Et c'est un cercle vicieux qui n'est pas obligatoire. C'est des discussions que j'ai eues avec une copine qui s'est installée à un endroit où elle a 3 500 € de charges par mois. Elle, ça l'oblige à faire ça alors que moi, à Y [commune populaire de banlieue parisienne], j'avais 1 000 € de charges et je pouvais largement décider de voir 25 patients par jour, 4 jours par semaine parce que je m'en sortais et parce que je contrôlais aussi mes charges. En se débrouillant bien, en faisant attention, on peut être libéral sans être envahi par l'aspect financier. »

Matthias ne se reconnaît pas dans un modèle professionnel marqué par de grandes amplitudes horaires et des cadences de travail qu'il trouve contraires à la pratique d'une médecine de qualité :

« On vient d'un monde où c'était des médecins libéraux isolés en compétition. [...] J'ai toujours pensé qu'avec 25 patients par jour en libéral, on fait une médecine de qualité et comme je gagnais bien ma vie, je me demandais pourquoi il n'y avait pas trois fois plus de médecins

généralistes qui travaillent en bonne entente, ça fait plus de boulot pour tout le monde et les patients sont mieux suivis que d'être vus à la chaîne. C'était des gens qui voyaient de 60 à 80 patients par jour, c'était n'importe quoi. »

Ayant pu comparer ses revenus et sa charge de travail comme médecin libéral puis salarié, il conclut que les revenus sont équivalents compte tenu du rythme de travail qu'il s'était ménagé en libéral, mais que le salariat, en dépit des contraintes hiérarchiques qu'il implique, est « moins stressant » :

« A l'heure c'était pareil, j'avais calculé que c'était à peu près 32 € nets en libéral. Par contre, il y a des contraintes si on ne s'entend pas avec son chef, c'est difficile. [...] Le salariat, si on a une hiérarchie et des collègues avec qui ça se passe bien, ça reste pour moi le modèle le plus agréable, le moins stressant. »

Cette comparaison des revenus et de la charge de travail attachés à l'exercice libéral et à l'exercice salarié de la médecine générale permet à ces jeunes médecins salariés de conclure qu'à revenus équivalents, le salariat est « plus agréable », tandis que l'exercice libéral, dès lors qu'il est visé à garantir des revenus plus élevés, impose de pratiquer une médecine « d'abattage » qui leur semble contraire à des soins de qualité.

Ainsi, Pierre-Etienne, 38 ans, qui travaille depuis 2012 dans un CMS d'une commune populaire de la banlieue parisienne, proche de celle où travaillent Brice et Caroline, y apprécie le travail collectif avec diverses professions du secteur médico-social, ainsi que le salariat, les protections sociales qui lui sont attachées et la rupture qu'il permet avec le paiement à l'acte et avec la médecine d'« abattage » :

« Je voyais 7 ou 8 personnes par heure, c'est toutes les 5 minutes, ça ne sert à rien. Par contre, j'ai beaucoup gagné, j'ai gagné plein de sous sur l'été de mon remplacement [...] mais je ne sais pas combien de personnes j'ai dû tuer (rires). Non, j'exagère mais je n'espère personne. En tout cas, je ne faisais pas de la médecine, c'était de l'abattage. »

Les avantages du salariat expliquent selon lui la préférence des jeunes médecins pour ce mode d'exercice de la médecine qui permet d'être médecin sans « devenir chef d'entreprise » :

« Ils refusaient de s'installer en libéral et ça a été le cas de ma promo. Ils refusaient de s'installer, de devenir chef d'entreprise, ce n'est pas quelque chose qu'on a appris dans nos 10 années d'études de médecine, de devoir gérer un truc, de tomber sur des loups de la prévoyance. »

Notre enquête montre que la qualité du travail médical et la dimension entrepreneuriale de la médecine libérale sont perçues comme antagoniques par des jeunes médecins pour qui la revendication de préservation de la vie personnelle est indissociable de la poursuite de la qualité dans la vie professionnelle. Notre enquête rejoint ainsi les conclusions de l'enquête de Géraldine Bloy auprès de jeunes médecins : « Il ressort de manière évidente de la fréquentation prolongée de ces jeunes médecins que presque tous sont porteurs d'une vision dynamique et exigeante de la médecine qu'ils veulent pratiquer, tout en ayant des attentes en termes de réalisation de soi à travers leur exercice et non en dehors. Rabattre la complexité des processus d'invention de soi et de stabilisation professionnelle de ces jeunes praticiens sur la « société des 35 heures » (déplorée) ou sur le désinvestissement supposé du travail médical procède d'une méconnaissance et d'une réduction désolantes. Le discours sur la fin supposée de la valeur travail dans les jeunes générations de médecins est ignorant des formes d'intensification du travail, muet sur les conventions d'effort ou

de qualité des actes, ne dit rien du temps à consacrer à la formation continue ou aux tâches de coordination dans les organisations modernes. »⁷⁴

Outre la longueur des journées et surtout la difficulté à leur fixer des limites, les médecins de notre corpus décrivent un travail administratif de plus en plus envahissant.

3. Un travail administratif croissant et qui envahit la sphère professionnelle et privée

Le travail que ces médecins généralistes décrivent comme relevant de l'administratif semble défini, par soustraction, comme tout ce qui ne concerne pas directement leur travail diagnostique et thérapeutique. Il s'agit notamment du travail lié à la gestion du cabinet, mais aussi du travail lié à l'accompagnement de leurs patient-es dans des démarches administratives et sociales sans lesquelles leur travail thérapeutique est voué à l'échec (indemnités journalières d'arrêt-maladie, reconnaissance de handicap, d'accident de travail, etc.).

Le travail de gestion du cabinet, notamment de comptabilité, est tel qu'il empiète sur le travail soignant proprement dit, mais aussi sur la vie personnelle et notamment familiale. Pour Margaux, 39 ans, ce surcroît de travail sera source de problèmes de santé. Margaux s'est installée, pendant sa deuxième grossesse, dans le cabinet où elle remplaçait, situé dans une « zone semi-rurale » proche de Lyon. Elle est seule à se charger de la comptabilité pour l'ensemble de ses collègues (médecin, infirmiers, psychologue), ce qui représente beaucoup de travail et des responsabilités qui l'écrasent. En cinq ans, elle décrit plusieurs problèmes de santé physiques et psychiques (infections pulmonaires, septicémie, dépression, troubles du sommeil, « burn out ») qu'elle attribue à un « stress chronique » en raison de sa charge de travail et des exigences de patient-es qui exigent des traitements médicamenteux qu'elle juge inutiles. Ces problèmes s'accumulent et s'aggravent lorsque sa collègue médecin décide de quitter le cabinet, fragilisant ainsi encore le collectif de travail et accroissant sa charge de travail, notamment administratif :

« Déjà que j'avais une santé avec du stress chronique, on a une immunité au plus bas et je faisais des infections pulmonaires régulièrement depuis déjà deux ans. J'en avais fait une grosse et j'en avais refait une l'hiver où elle [l'autre médecin du cabinet] m'a annoncé qu'elle partait. Finalement on a trouvé quelqu'un mais c'est moi qui reprenais la comptabilité parce qu'avant c'est elle qui la tenait, elle la faisait depuis longtemps, elle avait l'habitude. »

Comme d'autres médecins de notre corpus, elle se heurte au refus par la CARMF (Caisse Autonome de Retraite des Médecins de France) de lui verser des indemnités journalières car elle est arrêtée pour une dépression. Il a donc fallu un procès avec la CARMF, qui refusait de lui verser ses indemnités en arrêt-maladie pour une dépression liée à l'accroissement de sa charge de travail, pour que Margaux démarre un suivi psychiatrique, avec un grand sentiment d'indignité et de « honte pour le corps médical ».

Nathalie, qui n'a pas non plus été indemnisée lorsqu'elle a été arrêtée pour « burn out », explique un certain nombre de problèmes somatiques des médecins par leurs difficultés à voir reconnus et indemnisés leurs problèmes de santé mentale :

« Dans nos contrats médicaux, nos contrats médicaux d'assurance complémentaire, la dépression et le burn out sont exclus... C'est des clauses d'exclusion, vous n'êtes pas assuré si vous avez un arrêt de travail et que vous êtes en dépression ou en burn out, vous n'êtes pas

⁷⁴ Géraldine Bloy, « Jeunes diplômés de médecine générale : devenir médecin généraliste ou pas ? Les enseignements du suivi d'une cohorte d'une cinquantaine d'anciens internes (2003-2010) », *DREES, Etudes et recherche*, n°104, février 2011.

assuré, c'est à dire que vos charge de cabinet sont pas prises en charge, donc en gros, vous n'avez pas le droit de vous arrêter. Il faut vous casser une jambe ! C'est pour ça que ça ne m'étonne pas qu'il y ait tant de médecins à qui il arrive un truc, je ne dis pas qu'ils le font exprès, mais c'est dans les actes manqués ou les choses qui arrivent, c'est le seul moyen d'avoir le droit de s'arrêter. »

Les assurances complémentaires des médecins leur semblent donc insuffisamment protectrices au regard de leurs conditions de travail et des effets de ces dernières sur leur santé, et la Sécurité sociale est vue par ces médecins comme une source de tracasseries administratives.

Si Olivier, 59 ans, décide de prendre sa retraite de façon anticipée, c'est en raison de l'arrêt de la prise en charge d'une partie de ses cotisations sociales par la Sécurité sociale et de la complication croissante des démarches auprès de la Sécurité sociale, où il ne parvient plus à joindre directement un médecin-conseil lorsqu'il a besoin d'aide pour obtenir la reconnaissance en affection de longue durée (remboursement à 100 %) pour certain-es patient-es :

« Au niveau de la crise covid, la sécu a été à la hauteur. On a été nombreux à le dire, ils ont tout fait pour nous faciliter la vie. Mais c'est extrêmement surprenant. J'ai toujours eu l'impression d'avoir eu de bons rapports avec la sécurité sociale, je ne me plains pas d'avoir été persécuté avec des contrôles ou quoi que ce soit. [...] Mais avant, le médecin contrôleur, quand il avait un souci avec les documents, on lui téléphonait, on le contactait, on échangeait, on était confrère. Maintenant, je ne sais pas où il est, je ne sais même pas s'il y en a un dans le 04 mais logiquement il y en a un. Je n'ai plus aucun contact et moi ce que j'aime, c'est soigner les gens, c'est m'en occuper. Donc voilà, c'est ce genre de truc qui me gonfle. »

Un conflit avec l'ARS pendant l'épidémie de Covid, qu'il n'explique pas au cours de l'entretien, constitue un autre élément déclencheur de sa décision de prendre sa retraite, de même que ce qu'il a ressenti comme un mépris de l'ARS pour les médecins libéraux aux débuts de l'épidémie :

« Je trouve que les attitudes à l'occasion du covid, des autorités et de l'ARS, c'est un mépris total du monde libéral et des généralistes libéraux. Et moi, je suis totalement intolérant là-dessus. Je ne supporte pas qu'on nous ait traités comme ça. Qu'on ait équipé le monde hospitalier, je comprends, mais qu'on nous dise en mars, « vous êtes en première ligne, allez voir les patients covid » et qu'on nous dise qu'on n'a pas le droit au masque et qu'on peut crever dans notre coin. C'est ça qu'il s'est passé. Et qu'on explique à la population qu'il faut s'adresser au médecin traitant et qu'il ne faut surtout pas aller à l'hôpital. Le SAMU t'envoie voir des gens qui ont le covid en disant « c'est toi qui dois décider si tu dois les hospitaliser ou pas ». Et tu arrives chez eux, tu n'as que les vieux masques de Roselyne Bachelot et on ne t'a rien donné d'autre. »

Le rapport de ces médecins libéraux à des institutions étatiques, telles que l'ARS, ou socialisées, telles que la Sécurité sociale, est marqué par la dépendance, la Sécurité sociale finançant leur activité, et par la méfiance envers des institutions qui leur semblent lointaines et inadaptées. Le contrat qui les liait à la Sécurité sociale semble rompu par l'accroissement de leur travail administratif résultant de la délégation aux médecins de la gestion du tiers payant, comme en témoignent les entretiens avec les médecins les plus anciennement installés de notre corpus, qui donnent une certaine profondeur historique à l'évolution du travail administratif.

Ainsi, ce qui a contribué le plus à l'épuisement professionnel de Fabrice, 60 ans, qui insiste sur ce point tout au long de l'entretien, c'est l'augmentation des tâches administratives jusqu'alors assumées par la Sécurité sociale, et qui ont été déléguées aux médecins. Il explique, en la détaillant, la surcharge de travail que représentent les tâches administratives, en prenant l'exemple de la carte vitale et du tiers payant par rapport à l'ancien système de feuille de soin :

« Depuis 30 ans, les caisses de sécurité sociale et les complémentaires se targuent d'avoir amélioré leur gestion et diminué leurs frais de fonctionnement. Quand on regarde leurs comptes, c'est une réalité. Quand on regarde globalement le système français, ça veut dire qu'on a transféré l'ensemble de ces tâches aux professionnels de santé. [...] L'ensemble des tâches administratives de la caisse et notamment toutes les tâches de saisie. Je prends un exemple un peu caricatural mais qui permet de bien comprendre. Quand je me suis installé, je faisais une ordonnance papier, une feuille de maladie papier, les gens allaient à la pharmacie, prenaient les médicaments, collaient les vignettes et envoyaient tout à la sécurité sociale qui leur renvoyait un papier, et ils envoyaient tout à leur complémentaire. Il y avait quelques cas de tiers-payant pour les gens en difficulté, pour l'aide sociale, etc. Avec un sous-tendu de permettre l'accès aux soins pour tous qu'on ne peut pas remettre en cause, aujourd'hui un patient arrive avec sa carte vitale et sa carte de mutuelle, ne paye plus rien au cabinet médical, ne paye plus rien chez le pharmacien, tout est fait en automatique, ce qui fait que la gestion de la carte vitale et la télétransmission coûtent par exemple environ 2 minutes par patient dans une journée de travail. [...] Sur 30 patients, la carte vitale a rajouté à l'ensemble des médecins une heure de travail par jour. C'est énorme. Et surtout avec la mise en ligne d'Ameli Pro qui est le centre de la sécu où on doit aller théoriquement tout voir, tout contrôler, etc. il y a eu un transfert du contrôle de la sécu aux professionnels de santé. »

Non seulement ce travail administratif s'accroît et augmente la charge de travail des médecins, mais il est vécu comme envahissant, développé au détriment du travail de soin, et source d'une perte de sens du métier⁷⁵. Afin d'éviter un épuisement total lié à une surcharge de travail combiné à une perte de sens pour son métier, poussé par sa famille et soutenu par une psychothérapie, Fabrice a modifié sa pratique professionnelle, en diminuant le nombre de consultations (il est passé de 40-50 actes à une trentaine d'actes par jour), et en déléguant l'ensemble des tâches administratives :

« J'ai quelqu'un d'extrêmement performant mais je l'ai choisie aussi. Ce qui veut qu'en pratique, une fois que je suis débarrassé du travail administratif, je ne me rappelle même plus, au bout de 9 mois, de mon numéro de code de carte professionnelle de santé, je vois autant de monde en 40 heures qu'en 80 heures. Ça veut dire que si demain chaque médecin en France on met un agent administratif polyvalent et compétent, sans avoir plus de médecins, on double le temps de travail en médecine générale. Et je ne vous parle pas du confort de vie. »

Il estime que pour que les médecins ne soient pas en surcharge, il faudrait qu'un agent administratif soit délégué à chaque médecin, selon le modèle québécois, non pas simplement pour des tâches de secrétariat et de prise de rendez-vous, mais pour effectuer (en plus de ces tâches) les saisies pour la Sécurité sociale, les relations avec les impôts, la CAF et les mutuelles.

Géraldine, plus jeune (35-40 ans), décrit elle aussi un certain report sur les médecins d'activités administratives croissantes, notamment de certificats multiples par lesquels les médecins attestent d'un état de santé ouvrant des droits (à la pratique sportive, à une carte de stationnement pour handicap, au télétravail pendant l'épidémie de Covid). Outre l'allongement apparemment infini du nombre de certificats susceptibles d'être demandés aux médecins, ce que Géraldine ne supporte plus, c'est que cette inflation de tâches administratives déborde sur le travail spécifiquement médical : pour elle « ce n'est pas de la médecine » et elle fournit ce travail administratif au détriment des besoins de soins de patient-es qui n'ont pas de médecin traitant.

⁷⁵Sur la question de la bureaucratisation de l'activité et des effets négatifs sur la perception du travail, voir Blandine Mesnel, « Les agriculteurs face à la paperasse, *Policy feedbacks* et bureaucratisation de la politique agricole commune », *Gouvernement et action publique*, 2017/1, vol. 6.

Pour des médecins travaillant en territoire urbain populaire, notamment les médecins de CMS de notre corpus, les démarches administratives ne sont pas nécessairement opposées aux soins, et au contraire les appuient et les rendent possibles lorsqu'elles permettent d'obtenir un logement ou des indemnités journalières. Cependant, si les médecins de CMS échappent au travail de gestion de leur outil de travail (comptabilité, secrétariat), ils ne sont pas épargnés par la complexification des relations avec la Sécurité sociale, dès lors que celle-ci représente une institution qui accorde ou refuse des droits à leurs patient-es. Ainsi, Brice, 40 ans, a quitté l'exercice libéral en milieu rural, car « tout ce qu'il y avait autour [de la médecine libérale], la gestion de personnels, l'administratif, l'agent d'entretien, annuler des consultations pour trouver une remplaçante à la secrétaire quand elle était en arrêt, c'était des choses qui ne m'intéressaient pas du tout ». Mais, travaillant désormais en CMS dans une commune populaire de la banlieue parisienne, il éprouve des tensions avec les services médico-sociaux qu'il sollicite pour ses patient-es (CPAM pour des indemnités journalières, MDPH pour la reconnaissance d'un handicap...) : « la tension ne se fait pas avec le patient, au contraire, on est plutôt avec le patient pour essayer de régler une situation qui est générée par un tiers ». Il n'a jamais consulté ni pris de médicaments pour des problèmes liés au travail, mais il « dort mal la nuit quand [il n'a] pas réussi à aider [son] patient à garder son logement ». Constatant auprès de ses étudiants un attrait croissant pour le salariat, il considère que la médecine libérale est adaptée pour « des gens qui sont en médecine pour avoir leur entreprise de médecin et posséder leur outil de travail », ce qui n'était pas sa motivation première. Travaillant dans le même CMS, Caroline, 36 ans, trouve également difficiles, voire « décourageantes », les relations avec la CPAM et la MDPH, « surtout dans le 93, car à la CPAM « ils disent qu'ils ont perdu les arrêts maladie donc les gens ne sont pas payés pendant trois mois, on n'arrive pas à les joindre. J'ai l'impression qu'ils nous mettent des bâtons dans les roues. Si on avait l'impression que ce n'était pas nos ennemis ». Ce qu'elle trouve « lourd dans [son] travail au quotidien, c'est finalement d'aller un peu plus loin que [sa] tâche de médecin généraliste, le rôle d'assistant social... Donc il faudrait un bon service social qui fonctionne bien à côté ».

La Sécurité sociale apparaît alors comme une instance administrative tatillonne qui fait obstacle à l'ouverture de droits qu'elle est pourtant censée garantir aux patient-es, et qui conteste aux médecins l'usage de ressources permettant de les soigner au même titre que les prescriptions médicamenteuses, telles que la kinésithérapie et les arrêts de travail.

Annie, qui a quitté l'activité libérale pour une activité salariée en EHPAD, place ainsi les exigences et critiques de l'Assurance maladie parmi les éléments déclencheurs de sa décision :

« Et en plus, il y avait aussi la sécu qui était sur notre dos, elle n'arrêtait pas de regarder. Moi, j'avais un volume très important de prescriptions en kinésithérapie parce que je proposais de faire de la kiné au lieu de donner un médicament. Et j'avais aussi un volume d'arrêt de travail très important, des gens de France Telecom qu'on essayait de mettre dehors, qui se sont suicidés. J'étais médecin de ces gens où il y avait des vagues de suicide. Et on me reprochait mes arrêts de travail ! »

Déjà, quelques années auparavant elle avait dû, à contrecœur, réduire son volume de visites à domicile car « l'assurance maladie a dit : ça suffit les visites à domicile, vous en faites trop ». Davantage qu'un manque de reconnaissance, c'est le discrédit public et la suspicion jetés sur ce qui constitue pour elle le cœur de son rôle de médecin généraliste – une prise en charge de qualité et à l'écoute des patient-es – qui l'affectent. Ce sentiment d'être injustement « pointée du doigt » et de ne pas pouvoir exercer son métier comme elle pense devoir le faire est associé, dans son discours, aux contrôles exercés par la sécurité sociale sur son activité et aux consignes qu'elle reçoit en retour.

Outre les contrôles sur les arrêts de travail, la Rémunération sur Objectifs de Santé Publique (ROSP) apparaît, pour les médecins les plus âgés de notre corpus qui ont commencé leur vie professionnelle

avant le développement de recommandations nationales élaborées par des agences telles que la Haute Autorité de Santé, comme une limitation de leur autonomie professionnelle parce qu'elle conditionne le versement d'une rémunération forfaitaire à la prescription de certains examens de dépistage, tels que la mammographie dont Séverine constate qu'elle est moins pratiquée par les femmes des classes populaires :

« Alors les ROSP ça a été bien sûr quelque chose d'épouvantable, enfin épouvantable... La Caisse s'est entendue sur un certain nombre d'items pour savoir si vous êtes un bon médecin ou pas et vous êtes rémunérés en fonction de ce jugement. Sauf que tout le monde est d'accord pour juger que les cirières sont pas pertinents d'ailleurs ils changent d'une année sur l'autre et que quand c'est pertinent, le niveau qui est exigé pour atteindre n'est pas toujours pertinent et que 3, euh, il y a un biais sélectif très simple c'est que si moi je prends dans ma clientèle que des gens bac + 5 genre Education Nationale qui vont tout faire tout bien, je vais avoir un ROSP magnifique on va me verser ... J'ai une clientèle c'est que des gens qui ne paient pas qui sont un peu paumés, j'ai pas de toxicos, mais j'ai beaucoup d'alcolos, des familles en grande précarité évidemment je ne vais pas les enquiquiner si elles ne sont pas allées faire la mammographie le mois où il fallait où il fallait la faire. Je leur explique que ça serait bien de la faire, mais je préfère qu'elles fassent manger leurs enfants, si vous voulez, je hiérarchie un petit peu mes demandes, si vous voulez, forcément, donc, cette population là, elle fait pas tout bien et moi j'ai toujours des très mauvais critères. »

La ROSP est donc susceptible de favoriser les médecins dont la patientèle, de classe moyenne ou supérieure, adhère aux normes préventives. Pour Delphine, un contrôle de la Sécurité sociale sur ses arrêts de travail et le sentiment que la ROSP sert en réalité des objectifs économiques contribuent à sa décision de quitter la médecine libérale :

« Il y a eu quand même des éléments déclencheurs, notamment un qui était un entretien avec un médecin conseil de la sécurité sociale qui m'a très gentiment informée que j'étais mise en observation parce que je dépassais de 3 % de la durée moyenne des arrêts de travail. Je ne suis pas violente mais je crois que si j'avais pu, j'aurais pris ma plaque et je lui aurais foutu dans la gueule (rires). [...] Et là, je l'ai super mal pris en fait, ça a été la goutte d'eau qui débordait. On attaquait comment j'exerce la médecine. Je crois que ça a été le truc de trop. Il y avait déjà des choses au niveau des fameuses ROSP. Au début, c'était vraiment sur les objectifs de santé publique donc je trouvais ça intéressant, sur des indicateurs de bonne pratique. Je trouvais ça correct et c'était même plutôt sympa. Plus ça allait, plus les indicateurs étaient faits de telle façon que... Vous êtes à 35 % de frottis, vous touchez 30 points, vous êtes à 34 %, vous touchez zéro point. Et tout était comme ça, ça devenait hyper vicieux et je pense que ça devenait plus sur des indicateurs économiques et pas de bonne pratique. Je ne commençais pas à m'y retrouver et je ne suis pas prête à concéder sur mon éthique médicale donc je crois que ça, ça a été le signe. Ce n'est pas moi et si on veut me faire exercer comme ça, je ne vais pas rentrer dans le moule, ce n'est pas possible. J'en ai pleuré pendant trois semaines, c'était le truc de trop qui touchait au cœur de ce que je faisais. Je pense que je suis une praticienne à peu près correcte et ça a été un élément déclencheur. »

On retrouve dans partie ergonomique du rapport le même sentiment d'être contrôlé de manière illégitime⁷⁶. Pour Delphine, ce n'est pas tant le principe de la ROSP qui semble insupportable, puisqu'elle adhère aux normes de pratiques préventives qui la sous-tendent, mais son dévoiement vers des objectifs économiques, et surtout la remise en cause de son « éthique médicale » et de sa

⁷⁶ Médecin « F40 » et « F60 » dans le rapport ergonomique.

façon d'exercer la médecine, c'est-à-dire de son autonomie professionnelle. Cependant, pour des médecins plus jeunes, comme Brice, qui était pourtant installé dans un territoire rural et populaire, la ROSP n'apparaît pas problématique car leur pratique était déjà conforme aux recommandations nationales au début de leur installation. En effet, l'acculturation à la lecture des normes de bonnes pratiques, élaborées par des agences nationales depuis les années 1990, semble plus marquée chez les médecins les plus jeunes de notre corpus.

De manière plus générale, la socialisation médicale au cours des études apparaît comme un déterminant majeur de l'adhésion au modèle professionnel de la médecine libérale, ou au contraire de la prise de distance vis-à-vis de ce modèle.

4. Un modèle genré d'articulation des temps sociaux devenu « invivable » mais qui continue de s'imposer

Devenue centrale dans l'analyse sociologique des rapports au travail, la question de l'articulation des temps sociaux, qui s'est imposée avec force dans les entretiens, est également de plus en plus reconnue comme un enjeu de santé⁷⁷. Les éléments recueillis dans le cadre de cette enquête auprès de médecins exerçant en zones rurales ou en quartiers populaires pointent en effet les puissants obstacles à la mise en œuvre pratique d'un nouveau modèle professionnel en mesure d'offrir, entre autres choses, l'équilibre désormais recherché entre temps de travail et temps hors travail. Les aspirations à investir pleinement le métier tout en préservant du temps pour soi et/ou pour la vie familiale se heurtent au maintien d'un cadre économique de gestion d'un cabinet libéral très contraignant, à une surcharge structurelle de travail, à la multiplication des tâches administratives et à la confrontation avec une vision sacerdotale du métier qui continue d'exercer une forte pression normative sur la manière de pratiquer la médecine générale, en particulier vis-à-vis des demandes de soins émanant de la patientèle. Ces contraintes bien connues du mode d'exercice libéral « se traduisent par un rapport au temps qui donne l'impression que les jeunes médecins sont en permanence « sur la brèche », en équilibre instable entre plusieurs temps sociaux à gérer »⁷⁸. L'enquête permet de prendre la mesure de l'ampleur des conséquences sur la vie et la santé des médecins de ce difficile équilibre pouvant aller jusqu'à devenir « invivable » et s'accompagner d'effets délétères sur la vie familiale, comme le cas des séparations conjugales évoquées dans plusieurs de nos entretiens avec des médecins hommes. Pierre-Etienne, 38 ans, séparé, a quitté la médecine libérale pour un centre de santé et estime que « la séparation a été une des conséquences de mon hyper-investissement. Le secteur vie personnelle était un peu mis de côté donc je n'ai pas pu prendre soin de moi et soin des autres aussi ». Très attaché à la conception qualitative de la médecine et désormais attentif à la préservation de sa vie personnelle vis-à-vis des exigences de sa vie professionnelle, Pierre-Etienne envisage « la féminisation de la profession » comme « quelque chose de très, très, très positif », car « il y a eu plus d'ouverture sur des possibilités d'adaptation des horaires, de financement, etc. »

Pour les femmes de notre corpus ayant connu une séparation conjugale, cet événement n'apparaît pas directement lié à leur hyper-investissement professionnel, mais plutôt comme un signe

77 Cf. notamment, Bercot Regine (dir.) *Le Genre du mal-être au travail*, Toulouse, Octarès, 2015. Bouffartigue Paul *et. al.*, « La perception des liens travail/santé. Le rôle des normes de genre et de profession », *Revue Française de Sociologie*, vol. 51, 2010/2. Dans un autre registre, l'Institut National de santé publique du Québec propose une revue de littérature intitulée : *La difficulté de concilier travail et famille : ses impacts sur la santé physique et mentale des familles québécoises*, mars 2005.

78 Lapeyre et Robelet 2007, *Ibid.*

supplémentaire de mal-être, comme l'exprime Margaux : « c'était comme un deuxième burn-out mais plus familial, ça a été violent aussi, très intense ».

Hélène, elle, a refusé les propositions d'installation dans sa région d'origine, un « désert médical » selon ses propres mots, en raison de l'activité de son mari qui exerce un emploi nécessitant des allers-retours à Paris, et du faible niveau d'équipement sportifs et culturels de la région. Les conditions de travail dans ce type de contexte lui apparaissent incompatibles avec la vie de famille et la bi-activité du couple, et elle les rattache à un modèle professionnel et conjugal inadapté aux aspirations des jeunes femmes médecins. En travaillant comme remplaçante, elle comprend que ce modèle professionnel, qu'elle qualifie de « médecine patriarcale », n'est pas viable pour elle, et que les « charges » liées à la gestion d'un cabinet libéral poussent à multiplier les actes et à allonger les journées :

« Ce que je trouve inquiétant, c'est qu'il faut toujours travailler plus pour avoir des aides, voir plus de 40 patients par jour mais qu'on ne change pas vraiment le modèle d'une médecine patriarcale, un peu solitaire avec un médecin qui bosse 15 heures par jour. Le libéral, c'est fait comme ça, les charges ne sont pas proportionnelles. Ce n'est pas très intéressant quand on travaille peu comme des femmes qui voudraient 3 jours par semaine et le reste pour faire autre chose. Le libéral est en fait intéressant quand on bosse beaucoup et les charges s'allègent en haut. On s'épuise pour à la fin payer tellement de charges que ce n'est pas très passionnant. Il y a les maisons de santé, tout ça, mais c'est des cahiers des charges qui sont très contraignants, il faut bien s'entendre avec ses collègues. »

Malgré sa prudence vis-à-vis du contexte professionnel et du modèle « patriarcal », Hélène se retrouve néanmoins en grande difficulté. Elle fait de très grosses journées (7-21 heures) puis au bout de 3 années de remplacement, elle s'installe « collaboratrice » avec trois autres médecins. Une charge de travail qui reste importante et des conditions d'exercice qui s'avèrent peu soutenantes (absence de travail collectif entre les médecins, absence de communication) précipitent Hélène vers de lourds problèmes de santé mentale peu après sa reprise d'activité suite à son accouchement. Elle a des idées noires, fait une dépression très sévère, qui débouche sur une hospitalisation de six semaines en psychiatrie. Cette situation est mise sur le compte d'un post partum qui n'a pas été pris en charge. Mais cette dépression, qu'elle dit prendre d'abord pour un *burn out*, est aussi à rapporter au fait qu'elle veut être sur tous les fronts et « tout réussir » : elle allaite et continue à travailler beaucoup, tardant à se faire hospitaliser car elle a l'impression « qu'on ne pouvait vraiment rien faire pour moi parce qu'on ne pouvait pas changer mes conditions de travail ». Elle finit par « lâcher prise » et après son hospitalisation, s'oriente vers une activité salariée. Hélène, après une dépression liée à ses conditions de travail, a trouvé un poste de médecin généraliste salariée à mi-temps dans une unité de psychiatrie, ce qui lui a permis d'être recrutée sur un 90 % dans un Etablissement Public de Santé Mentale et de passer un concours (qu'elle a réussi) pour être titularisée sur son poste.

Les conditions d'activité qui étaient celles d'Hélène avant son départ correspondent à une configuration d'exercice du métier qui continue de s'imposer malgré les aspirations des médecins à transformer leur manière de travailler et à réduire leur temps de travail, modèle économiquement tenable mais dont le coût pour la vie familiale et la santé est devenu très élevé.

5. Mise en tension et basculement vers l'épuisement : les mères en première ligne

Le « cas » d'Hélène est, dans notre corpus d'entretien, typique et représentatif de la situation des mères en couples bi actifs sans ajustement possible de l'activité libérale. L'analyse de ces entretiens

montre que les difficultés d'articulation entre vie professionnelle et vie familiale et les contradictions qui structurent aujourd'hui la pratique médicale en libéral sont fortement associés à la survenue de problèmes de santé psychique et physique.

La plupart des médecins interrogés dans l'enquête, en particulier des femmes médecins, font état d'un fort stress qui, après une période parfois longue de plusieurs mois voire même de plusieurs années où ils et elles « tiennent », finit par les faire « craquer » et par occasionner de graves conséquences sur leur santé.

Nathalie, fille d'un père ingénieur et d'une mère qui a été secrétaire médicale avant de s'arrêter de travailler à la naissance des enfants, s'est installée en libéral en 1993 dans un cabinet où elle faisait des remplacements dans une zone péri-urbaine. Après avoir fait de nombreux remplacements, elle rachète la patientèle d'un cabinet où elle avait fait un remplacement grâce à un emprunt qu'elle mettra sept ans à rembourser et s'installe. Elle travaille d'emblée beaucoup. À la naissance de son premier enfant, ne voulant pas passer à côté « des joies de la maternité », elle prend une associée et revend une partie de sa patientèle, ce qui lui permet de payer les charges devenues disproportionnées par rapport à ses revenus puisque elle a réduit son temps de travail pour pouvoir prendre un peu de temps avec son enfant. À la naissance de son 2^{ème} enfant, la situation se complique encore car elle ne peut pas réduire davantage son activité pour que celle-ci reste rentable. Entre temps la commune où elle exerce s'est médicalement sous-densifiée (la population a augmenté mais le nombre de médecins est resté identique), augmentant la pression exercée par la demande de soins. Elle se trouve face à la difficulté et à la culpabilité de devoir dire non à des patients car « ça c'est quelque chose qui n'existe pas, en médecine, de dire 'je ne suis plus disponible', vous êtes le 25^{ème} et je ne vais plus rien comprendre à ce que vous me racontez parce que j'ai plus d'attention possible pour vous ». Elles prennent une 3^{ème} associée, mais Nathalie ne parvient pas à augmenter son activité comme elle le souhaiterait car elle est « un peu à bout de souffle ». Son mari, conducteur de train, prend sa retraite à ce moment-là et elle connaît « la période la plus heureuse de sa vie professionnelle » :

« Il était jeune retraité de 50 ans à la maison, il n'avait pas prévu de retravailler dans un domaine ou dans un autre lui ne savait pas ce que c'était que de rester à la maison et moi, ça a été une période de ma vie extrêmement heureuse puisque du coup, je pouvais dire oui, aux demandes de rendez-vous un peu tardive bon votre gamin a de la fièvre, je vous rajoute, mon mari était à la maison, les enfants étaient à la maison le repas était fait ils étaient baignés, tout allait bien. J'avais une organisation de vie parfaite pour pouvoir me consacrer plus franchement à la médecine ».

Cette période où les normes de genre sont inversées ne dure pas : son mari prend une mission à Taiwan et toute la famille part pendant dix-huit mois, ce qui s'avère une belle expérience durant laquelle elle ne travaille pas mais « profite ». À son retour, son mari prend un travail à fortes amplitudes horaires dans le secteur privé et elle ne parvient pas à raccrocher. Elle a pris conscience à Taiwan de son absence de vie sociale, ne supporte plus les patients et leur difficulté à se prendre en charge. Ses filles sont devenues adolescentes et il n'est plus possible d'embaucher de trouver des relais comme lorsqu'elles étaient petites :

« Il (son mari) s'est mis à travailler de 7 heures du matin à 19 heures et donc là, ça a été des gros horaires et quand il fallait aller voir un prof emmener à l'orthophonie, faire ci, faire ça et bien c'était toujours sur mon exercice libéral que j'enlevais un rendez-vous par ci par là, j'aménageais mon emploi du temps, je me faisais remplacer. Et du coup, mon exercice, il est devenu à ce moment peu de chagrin ! Et là, l'AGA, l'association de gestion agréée, me disait mais attention, vos revenus sont en baisse ! C'est à dire que mes charges, elles étaient constantes, on avait notre gros cabinet à 3, qui avait été agrandi par notre propriétaire, donc le loyer, il était

augmenté et les charges couraient et moi, je n'arrivais plus à faire face à toutes les demandes en fait. Je devenais de plus en plus fatiguée, de plus en plus lente en consultation. [...] Les personnes âgées qui étaient fidèles depuis 20 ans ne voulaient que moi et elles me saturaient mon planning de rendez-vous de trois mois en trois mois, elles sortaient de chez moi de la consultation en me disant « mettez moi tout de suite le rendez vous pour dans trois mois ». Les heures que je pouvais consacrer au travail étaient saturées par ces personnes anciennes, plus âgées, plus chronophages, plus lourdes à gérer, qui mettent une plombe pour se déshabiller, qui mettent une plombe à vous raconter leur vie, à qui on demande des nouvelles de toute la famille parce qu'on connaît les enfants les petits enfants, etc., donc à ce moment-là, j'avais une vue sur trois générations, voire 4 parfois, et ça c'est devenu complètement épuisant ! Avec des ados à la maison, c'est à dire le moment où vous ne pouvez plus compter sur une nounou, parce que l'âge est passé parce que l'âge de 12-13 ans, on n'a plus de nounou, en fait les enfants rentrent de l'école, s'installent à la maison, font ou ne font pas, la plupart du temps leurs devoirs, 'ça va ma chérie, tu as pris ta douche', 'oui', 'tu as pris ton bain', 'oui', 'tu as fait tes devoirs' 'ah bah non maman je t'ai attendue'... Et bien oui, bien sûr parce que faire les devoirs avec maman, c'est bien plus agréable ! »

Cet extrait donne à voir le poids et la pression exercée par les charges du cabinet et la manière dont son état de fatigue renforce ses difficultés et l'assigne à une patientèle chronophage (ici les personnes âgées). Elle traverse un passage difficile qu'elle attribue à sa ménopause et cumule un certain nombre de symptômes de fatigue : diminution de l'attention, maux de tête, angoisse. Elle se sent « au bout du rouleau » mais n'envisage pas de s'arrêter car les assurances santé ne prévoient pas la dépression. Une de ses collègues d'un cabinet environnant quitte son activité sous la pression de la demande, ce qui reporte sa patientèle sur les autres cabinets dont celui de Nathalie. Apprenant que ce médecin est devenue salariée à la CPAM et « qu'elle trop heureuse et trop épanouie » elle prend rendez-vous avec elle pour savoir comment tenter aussi de se faire recruter, ce qu'elle réussit finalement à faire. Exerçant dans un désert médical, Coline doit également dès le début faire face à une grosse demande de soins. Elle a, durant ses études, connu un épisode dépressif lié à la mort de son père décédé brusquement suite à un cancer. Cet événement biographique a laissé des traces et elle a peur de « laisser passer quelque chose dès lors qu'elle est obligée d'enchaîner les patients et de manquer de vigilance ». Elle s'était associée avec des médecins qui « travaillaient énormément » dont l'un était à 70 heures par semaine. Elle avait choisi de son côté, non sans difficultés, de travailler à mi-temps parce qu'elle ne se sentait pas en mesure d'être à la hauteur des normes professionnelles de surtravail de ses confrères, et parce qu'elle souhaitait « devenir maman ». Son « mi-temps » n'en a eu vite que le nom car « entre les gardes et tout ça, j'étais à 50 heures par semaine, donc, voilà ».

Son parcours est marqué par plusieurs épisodes dépressifs, commençant pendant ses études, et par plusieurs tentatives de suicide : elle ne « passe pas loin » de la mort, et est hospitalisée. Professionnellement, elle se sent contrainte à plusieurs titres ; par le fait qu'elle aime son activité et qu'elle a concédé dix ans de « sacrifices » pour parvenir à l'exercer en suivant des études difficiles, mais aussi par le fait que le contexte d'exercice empêche une réduction plus substantielle de son temps de travail. Elle est alors suivie par un psychologue mais fait une rechute quelques années plus tard, avec hospitalisation, qu'elle attribue à l'épuisement professionnel qu'elle supporte sans doute moins que d'autres. A la naissance de son premier enfant, elle fait un nouvel épisode dépressif pour lequel elle est à nouveau hospitalisée. Elle décide par la suite de devenir salariée d'un centre municipal.

Il est clair que se combinent dans la situation de Coline, les effets d'un parcours marqué par des événements personnels et familiaux difficiles et un contexte de travail oppressant qu'elle ne parvient pas à ajuster pour qu'il puisse lui convenir

A la différence de Coline, d'autres femmes médecins de notre corpus sont parvenues à maîtriser leur temps de travail en optant pour un temps partiel et une association à plusieurs qui permet une coordination offrant aux patients des fortes amplitudes horaires. Mais elles se sont organisées collectivement sur les mêmes bases, ce que n'a pas pu faire Coline. On retrouve dans les propos de Coline au sujet de ses années de formation à qui elle reproche, comme d'autres dans sa situation, de ne pas avoir appris à « dire non », la force de l'éthos de disponibilité permanente constitutif de la socialisation médicale. A cette norme professionnelle, vient s'ajouter la norme de disponibilité maternelle, très prégnante dans les entretiens menés avec des femmes médecins ayant des enfants. Annie vient d'un milieu ouvrier et estime avoir fait médecine par hasard, parce qu'elle avait fait un bac C et qu'un enseignant le lui avait conseillé. Elle s'est terriblement ennuyée pendant ses études mais une fois installée, dans le Val d'Oise, elle a découvert avec émerveillement une diversité sociale « qui lui a permis de voyager derrière son bureau ». Elle avait un cabinet situé à proximité de sièges d'administrations publiques, de grosses entreprises et d'une grande école de commerce, dans une ville nouvelle où se côtoyaient des « petites familles banlieusardes », des réfugiés tchécoslovaques et de nombreuses familles populaires issues des vagues récentes d'immigration en France. Ceci lui a permis de « rencontrer des gens de tous les milieux, de toutes les conditions sociales » et d'élaborer une identification professionnelle (« trouver un sens ») très associée à la dimension relationnelle de l'exercice libéral de la médecine générale. Salle d'attente ne désemplissant pas, longues journées de travail, avec des visites à domicile fréquentes et des gardes de nuits (avant la généralisation de SOS médecin) ont constitué un quotidien de travail chargé et fatiguant mais apprécié pendant de nombreuses années, qualifié plus tard dans l'entretien d'« à l'ancienne ».

En 2004, après 14 ans d'exercice, Annie décide en effet de quitter son cabinet dans le Val d'Oise. Parmi les raisons qui ont motivé cette décision, elle évoque longuement dans l'entretien une mise en tension, voire en contradiction, de plus en plus forte au fil des années entre deux puissantes exigences normatives : celle d'être une « bonne mère » et celle d'être une « bonne professionnelle ». Elle se sentait « prisonnière de son cabinet ». Elle aurait voulu « être la fois maman à part entière de trois enfants, comme ma mère avait été c'est-à-dire toujours disponible pour mes enfants, et médecin à part entière pour mes patients ». Or ces deniers lui reprochent de ne pas être là quand ils ne sont pas bien. Elle n'arrivait plus « à gérer mon désir d'être maman à temps plein pour mes enfants et d'être médecin généraliste à l'ancienne pour ses patients ». Elle aurait voulu « donner à 100 % pour ses enfants comme une maman qui ne travaille pas et à 100 % à ses patients comme un monsieur qui n'a pas d'enfant ».

D'autres facteurs s'ajoutent à la « double culpabilité » qu'elle exprime : le sentiment d'un manque de reconnaissance de la profession par les médias et les pouvoirs publics. Epuisée, elle finit par opter pour le salariat ce qui lui permet de prendre des congés alors qu'elle faisait rarement en libéral.

On constate également chez Mélanie, qui exerce dans une zone sous dense, à quel point la norme de disponibilité maternelle, notamment portée par les institutions en charge de l'enfance et de la famille⁷⁹, entre en tension avec les contraintes temporelles et émotionnelles spécifiques à l'activité d'une médecin généraliste en libéral :

« Une fois, j'ai suivi un patient toute sa vie, il est tombé malade, j'ai suivi tout son cancer, je l'ai accompagné à la maison, il est décédé, je suis allée faire son certificat et je suis allée faire une réunion pour l'école. Je suis arrivée un peu en retard mais avec une journée lourde pour moi, chargée émotionnellement et la maîtresse m'a regardée avec un regard méchant, et les mamans d'élèves pareil. Je me suis dit « n'importe quoi ». Je faisais tout ça à l'arrache et en me disant « je peux faire tout et je me le dois ». Et maintenant, je me dis « non, je me dois le respect, je

⁷⁹Gojard Séverine, *Le Métier de mère*, La Dispute, 2010.

me dois de ne pas m'épuiser ». Je ferai la salsa plus tard, quand j'aurais fini les études de mes enfants. Plus tard, quand je pourrais travailler moins, quand ça ne sera pas beaucoup d'efforts. »

6. Des femmes sans enfants et sans limites loin d'être épargnées

Si les femmes avec enfants sont en première ligne face à la charge de travail liée à l'exercice d'une médecine libérale « à l'ancienne », les célibataires sont loin d'être épargnées. Sans enfants, elles entrent dans une logique de cumul d'activités professionnelles dont le point de rupture peut aller jusqu'à prendre la forme d'un burn-out. Le parcours d'Édith apparaît relativement significatif de ce type de carrières qui basculent vers un burn-out.

Édith, dont les deux parents sont professeurs de lettres, est originaire de la région lilloise. Son attrait pour la médecine renvoie à une « vocation » très tôt formulée dans une logique de contre-don vis à vis d'une discipline qui lui a sauvé la vie alors qu'elle avait 9 ans et souffrait d'un grave problème de santé. Elle vit difficilement ses études en médecine qu'elle juge très théoriques jusqu'à présenter les symptômes d'un syndrome dépressif durant ses quatre premières années d'études. Édith choisit la voie de la médecine générale sans idée précise de la discipline. Elle exerce comme remplaçante pendant plusieurs années avant de s'installer à quelques kilomètres d'une ville moyenne du centre de la France, en accord avec son souhait d'exercer à la campagne. Célibataire et exerçant en libéral dans un cabinet, elle est en première ligne dans le montage d'une maison de santé qui rencontre l'approbation d'une vingtaine de collaborateurs du secteur médical mais se heurte aux fortes résistances des élus locaux qui doutent de l'intérêt d'un tel projet. Présidente de l'association, elle multiplie les démarches en plus de ses consultations nombreuses :

« Ces derniers temps, moi ce qui m'a beaucoup fatiguée, y a tous ces combats là, sur la maison de santé, voilà, parce que de devoir prouver par A + B qu'on est nécessaire et que si on n'est plus là, y a personne qui va venir et voilà... Et après, en fait j'aime beaucoup mon boulot, vraiment et en fait c'est pour ça que je ne pensais pas forcément avoir fait un burn out parce que je n'ai pas eu ce dégoût du boulot, mais en fait je n'avais plus que ça dans ma vie. Actuellement, je suis célibataire, je suis restée à T. mais, c'est pas ma ville d'origine et finalement, je passais mon temps soit chez moi à faire des recherches sur la maison de santé, sur mon boulot, voilà. Donc tout tournait autour du boulot ».

Édith est en burn-out au moment de l'entretien. Elle a préféré se placer en congé sabbatique, plutôt qu'en congé maladie, par peur des conséquences professionnelles ultérieures. Revenant sur ses conditions de travail durant les années qui ont précédé son burn-out, elle explique comment elle s'est trouvée prise dans un cumul et une surcharge d'activités professionnelles entre les consultations, le travail administratif, les enseignements universitaires et la présidence de l'association pour le montage d'une maison de santé. Si dans son emploi du temps, qualifié d'« emploi du temps de merde » par sa remplaçante, elle pense ne pas excéder 35 heures de consultations par semaine, elle peine toutefois à quantifier précisément la totalité du temps de travail qui dépasse très largement ce volume horaire. Sa charge de travail, en partie liée au montage d'une maison de santé, vise à trouver une solution pour faire face au départ à la retraite d'un collègue, une « caricature de médecin de famille typique ». A travers l'évocation, dans l'entretien, de ce qui l'a conduit au burn-out, on saisit comment cette femme célibataire en venue à prendre conscience de son absorption totale par son activité professionnelle et ensuite, à formuler la nécessité de se détacher d'une situation devenue intenable :

« J'ai vraiment pétié un câble avant de partir aller travailler : je pleurais, j'avais la boule au ventre et je me suis dit c'est pas possible, ce boulot, je l'aime, il n'y a aucune raison que je

sois comme ça et donc le truc c'est que euh, là voilà je me suis vraiment rendue compte que ça posait des problèmes. Donc, là j'ai commencé à aller voir un psychologue et j'ai préparé mes six mois de congé, six mois à l'avance en me disant j'ai encore un peu de ressources, je vais essayer de tenir encore six mois, voilà, pour ne pas claquer la porte, ça c'était vraiment mon souhait. J'ai vraiment été soutenue par mes collègues, là il n'y a aucun souci là-dessus. Mais en fait, je me suis rendue compte, j'ai commencé à faire de la voile pour avoir une activité autre (rire) et il se trouve qu'en fait en faisant de la voile, il y a un risque de tomber à l'eau et donc je ne pouvais pas prendre mon téléphone portable. Et donc en fait pendant 3 heures je n'avais pas mon téléphone, c'était la 1^{ère} fois depuis très longtemps et ça m'a fait très bizarre les 1^{ères} fois. Et donc voilà, ça a été déjà une 1^{ère} prise de conscience. Je me souviens des fois où je sortais de ma séance, je prenais mon téléphone et la liste de messages... et « qu'est-ce qu'on fait avec ce patient ? ». J'ai été absente 3 heures quoi ! Trois heures ! Trois le samedi après-midi ! où je ne suis pas censée bosser ! (...) Et là je me suis vraiment dit ouais non, non, faut faire une pause, quoi. »

Enfin « le corps a complètement tout lâché » et elle a dû s'arrêter de travailler avant la période de six mois qu'elle s'était donnée pour ne pas partir de manière brutale et assurer son remplacement. En proie à de sévères insomnies depuis près d'une année, elle s'est autoprescrit des antidépresseurs et des anxiolytiques qui l'aident peu à peu à retrouver le sommeil.

Les médecins qui, comme Edith, décrivent leur choix de la médecine comme une « vocation » sont nombreux dans notre corpus. Bernard Lahire analyse la « vocation » comme une forme d'ajustement des dispositions aux situations⁸⁰. La trajectoire d'Edith, comme celle d'autres médecins ayant fortement investi leur activité professionnelle au détriment de leur santé, nous amène à faire l'hypothèse que l'enchantement qui naît de l'ajustement des dispositions aux situations contribue à rendre possible le surinvestissement dans le travail, la difficulté à borner les journées, et favorise l'exposition aux situations professionnelles délétères pour la santé, puis le basculement vers des problèmes de santé.

Si les charges d'une vie familiale avec enfant rendent difficilement soutenable pour beaucoup de femmes médecins l'articulation entre travail et famille, la vie sans enfants et sans conjoint au féminin n'impose pas de limites à l'investissement professionnel qui peut aller jusqu'au point de rupture. Les propos de Laurence, qui pourtant exerce dans un cadre salarial, font également état de cette absence de limites :

« Moi, je trouve que je travaille trop, je passe trop de temps au travail, j'ai du mal à mettre des limites. J'ai un ami mais je ne suis pas mariée, je n'ai jamais été mariée. Des fois, j'aimerais bien me mettre à temps partiel et je me dis que peut-être que je vais le regretter au moment de la retraite, tant que je suis en forme. J'ai des scrupules à renoncer plutôt pour la retraite que pour maintenant. Je n'ai pas pu avoir d'enfant malheureusement, ce n'est pas un choix mais la vie a été comme ça. Je me suis souvent dit « si j'avais des enfants, comment je ferais ? ». Après, je pense que j'aurais été obligée de faire comme tout le monde et de mettre des limites alors que là, comme je suis toute seule, c'est plus compliqué de mettre des limites et ce n'est pas mon fort. »

⁸⁰ Bernard Lahire, « Avoir la vocation », *Sciences sociales et sport*, 2018, n°2, p. 143-150.

Le surinvestissement dans le travail de ce profil de femmes médecins est retrouvé dans les données de la DRESS sur l'exercice de la médecine générale libérale qui montrent qu'une médecin vivant seule a tendance à travailler plus qu'un médecin ayant un conjoint actif occupé. Chez les hommes, on constate que c'est le fait d'avoir un conjoint non actif occupé qui impacte positivement la durée du travail, toujours relativement au fait d'avoir un conjoint actif occupé⁸¹. Ces observations rappellent également l'influence de la situation d'activité du ou de la conjointe sur le temps de travail et le choix du mode d'activité des médecins, y compris pour les jeunes générations des médecins⁸².

7. Les études de médecine : une instance de socialisation au travail sans limites

Même pour les médecins de notre corpus qui décrivent leurs études de médecine comme un épisode heureux et riche en apprentissages et en rencontres, elles apparaissent d'abord et avant tout comme une période marquée par une charge de travail écrasante. C'est particulièrement net pour les deux années de concours (la première année et l'internat, devenu « examen national classant »), caractérisées par un bachotage intense, mais aussi pour les trois années de stages d'internat, qui incluent des gardes de nuit et qui confrontent les internes à une hiérarchie hospitalière rigide et parfois maltraitante.

Géraldine (35-40 ans), qui a décidé d'arrêter la médecine générale libérale suite à la première vague de l'épidémie de Covid, rattache ainsi les difficultés qu'elle éprouve à refuser d'accéder à certaines demandes de patients (des ordonnances ou certificats qu'elle juge inutiles) à son apprentissage de la surcharge de travail et de l'adaptabilité à des contextes de travail changeants, au cours de ses études :

« Pendant l'externat, ça n'a pas été facile parce qu'il y avait le côté théorique qui est quand même une grande quantité de connaissances à intégrer, et le côté pratique des stages où il faut s'intégrer à l'équipe, apprendre ce côté de changement de service régulier c'est-à-dire qu'on change toutes les 6 semaines ou tous les 3 mois de stage [...]. Ça apprend à être mobile et à s'adapter vraiment, et à pouvoir changer facilement, à être flexible. [...] A force de s'adapter, on ne sait plus en fait ce qu'on veut, pourquoi et comment. On s'est tellement adapté qu'on ne se rend plus compte à quel point c'est pathologique, c'est dysfonctionnant, c'est violent. On ne se rend plus compte de la violence du système tellement on s'est adapté et ça paraît la norme. Je pense que tous les médecins sont là-dedans, on s'est tellement adapté, on a tellement fait avec et on veut tellement se justifier de toutes les souffrances qu'on a eues, qu'on ne se rend même plus compte de ça et on n'arrive plus à dire stop. [...] C'est d'autant plus difficile de poser des limites et d'avoir une vie à côté. L'interne n'a pas d'horaires de travail. Maintenant, c'est légiféré et c'est limité à 48 heures mais ce n'est pas une loi qui est appliquée en fait. Moi je n'ai pas été trop concernée parce que j'ai aussi choisi mes stages en fonction de mes limites. Mais j'ai des amis qui faisaient 72 heures par semaine et à répétition, avec des gardes au milieu. »

Que ce soit du fait des gardes répétées ou des exigences qui varient de l'un à l'autre des services où se déroulent les stages, les études de médecine apprennent aux jeunes médecins à ne pas « poser de limites » au travail, et à tolérer qu'il déborde sur leur vie privée.

Dans leur enquête sur la culture étudiante en faculté de médecine, Howard Becker, Blanche Geer, Everett Hughes et Anselm Strauss montrent que les étudiant-es en première année de médecine

81 DRESS, « L'exercice de la médecine générale libérale - Premiers résultats d'un panel dans cinq régions françaises », *Etudes et Résultats*, n° 610, novembre 2007.

82 Breuil-Genier Pascal et Sicart Daniel, « La situation professionnelle des conjoints de médecins », DRESS, *Etudes et Résultats*, n° 430, septembre 2005.

veulent « tout apprendre » afin de devenir des médecins « idéaux ». Dans la mesure où leurs premières années de formation ne les mettent pas en contact avec des malades, la poursuite de cet idéal hors d'atteinte se traduit par un travail d'assimilation de notions théoriques nombreuses (en anatomie, en biologie, etc.). L'équipe de sociologues a estimé les normes de temps de travail en vigueur parmi les étudiant-es : six heures le soir après la journée de huit heures de cours, sept heures par jour le week-end, pas plus d'une sortie par semaine le soir ; soit 77 heures de travail par semaine. Cette enquête ayant été menée aux Etats-Unis à la fin des années 1950, il serait hasardeux d'extrapoler cette estimation quantitative aux études médicales en France entre les années 1970 et 2010, correspondant aux années de formation de nos enquêté-es. Cependant, cette enquête montre que la norme du temps de travail écrasant presque entièrement le temps de loisirs s'impose très tôt et durablement dans les études de médecine, que cette norme est produite par la quantité de travail donnée par les enseignant-es (« they just keep us busy all the time ») et par les conseils que se donnent les étudiant-es pour augmenter leur temps de travail en diminuant leur temps de sommeil et de loisirs⁸³. Cette norme du travail sans limites, qui n'est probablement pas spécifique aux études de médecine, semble avoir marqué les années d'étude de nos enquêté-e-s, ainsi que leurs premières années d'exercice professionnel.

Les études en médecine apparaissent alors comme une instance de socialisation au travail sans limites, à l'encaissement d'une lourde charge de travail venant réduire les loisirs (notamment l'année du concours et d'accès à l'internat), à l'image de ce que préfigure le métier de médecin libéral ; les études constituent également une instance de socialisation à l'acceptation de la hiérarchie (masculine ; des disciplines médicales ; au dire oui). De plus, parce qu'elle use très tôt les ressources de jeunes adultes face à une surcharge de travail, cette période d'études apparaît comme déterminante des modalités de sortie de la médecine générale en libéral, lorsque cette dernière apparaît à ces jeunes médecins comme le prolongement de ce qui leur avait déjà semblé excessif et exténuant dans leurs études. Cependant, cet effet d'usure prématurée ne s'exerce pas indifféremment des trajectoires et positions sociales, et est notamment modelé par les rapports de genre. Si la socialisation au sacrifice de la vie privée impacte les hommes comme les femmes au cours des études de médecine, les premières années de la vie professionnelle, contemporaines de la naissance des enfants, voient se creuser les écarts entre hommes et femmes : en raison de la division sexuée du travail et de la socialisation de genre, les femmes sont davantage exposées à un cumul intenable de travail médical, de travail administratif inhérent au travail médical libéral, et de travail domestique. L'accroissement soudain ou durable de la charge de travail dans l'une de ces trois sphères rompt alors un équilibre instable, et détériore leur santé.

8. Un cas de basculement : ne pas pouvoir compter sur les autres

Fille d'une mère italienne dont les études ont été interrompues par la guerre et d'un père atteint de tuberculose qui a repris des études d'ingénieur tardivement, Séverine a bénéficié d'une éducation égalitaire. Son père, qui avait été maquisard, était engagé « moralement » plus que politiquement car « il en avait soupé » durant la guerre. Sa mère se sentait frustrée de n'avoir pas fait d'études (elle était mère au foyer) et son père a encouragé Séverine à faire ce qu'elle avait envie de faire dans la vie. Bonne élève, Séverine a eu une enfance très libre et heureuse à la campagne. Elle obtient brillamment le concours de médecine, n'a pas de difficultés particulières, mais ses études sont fortement perturbées par la mort de sa mère,

⁸³Howard S. Becker, Blanche Geer, Everett C. Hughes, Anselm L. Strauss, *Boys in White. Student culture in medical school*, Transaction Publishers, 2007 [University of Chicago Press, 1961]. p. 93-96.

atteinte d'un cancer du poumon et qu'elle a « accompagnée ». Elle a trouvé le milieu médical « extrêmement macho » : à cette époque, dit-elle, il y avait en première année de médecine 30 % de femmes, mais seulement 1 ou 2 % en 2^{ème} et 3^{ème} année, car « elles s'étaient mariées avec un médecin ». Elle passe un concours d'internat périphérique, se retrouve interne parmi 120 autres internes dans un grand hôpital qui proposait « une formation excellente ». Elle rencontre son mari avec lequel elle part faire de l'humanitaire en Amérique du Sud pendant 3 ans. De retour en France, Séverine et son mari terminent leur internat, passent un diplôme de santé publique puis partent travailler pour une ONG en Guinée avec « très peu de moyens, mais beaucoup de responsabilités ». Enceinte, elle perd son bébé et rentre en France pour pouvoir avoir d'autres enfants car on lui avait assuré que des traitements étaient nécessaires.

Le couple s'installe alors en milieu rural (aujourd'hui médicalement désertifié), entre Grenoble et Lyon. Le choix se porte sur cet endroit car « il y avait une école de musique, il y avait un lycée, il y avait 50 clubs de sport, il y avait l'aéroport qui n'était pas très loin et à l'époque il n'y avait pas d'autoroute partout on ne se sentait pas enclavés mais en même temps, on avait une patientèle avec des gens qui avaient encore des fermes en terre battue ». Séverine et son mari souhaitaient un endroit assez confortable parce qu'à cette époque (on était en 1990), « il était hors de question que le médecin de campagne n'habite pas là où il exerçait car il n'y avait pas le 15, ni de garde la semaine ». Appelés très souvent la nuit, elle estime que dans cette période, les médecins « étaient un peu taillables et corvéables à merci, c'était un peu l'idée générale ». A l'époque où le couple s'installe, les médecins avaient encore peur d'être trop nombreux, alors que c'était « déjà en pénurie », mais précise-t-elle, il y a eu un décalage de 5 ou 6 ans avant que les médecins ne prennent conscience de la situation. Dans ce contexte, Séverine et son mari sont très mal accueillis par les autres médecins car « ils étaient deux pour faire le travail d'un médecin ». Elle garde néanmoins un bon souvenir de cette période et de son activité.

« J'ai fait une journée de PMI par semaine et je faisais du 10 heures à 6 heures le soir, voilà, je récupérais mes enfants après. Donc tout de suite, beaucoup de gynéco, beaucoup de pédiatrie, et mon, euh, très rapidement moins connectée avec la grosse urgence, ça c'était vraiment le boulot de mon mari, qui lui avait récupéré la clientèle d'un médecin, donc beaucoup de personnes âgées. On faisait énormément de visites, moi je faisais des visites de pédiatrie, parce qu'une mère de famille, qui n'avait pas de voiture, qui n'avait même pas de téléphone, donc c'était la voisine qui avait appelé pour dire qu'elle avait deux enfants qui avaient 40...

Enquêtrice : waouh !

Séverine : on passait quand on pouvait, ça pouvait être le soir, ça pouvait être le lendemain, c'était complètement informel, et moi mari lui avait beaucoup de soins palliatifs, ce qu'on appellerait maintenant les soins palliatifs, mais il faisait des ponctions d'ascite à domicile, euh, on suivait des cancéreux en fin de vie, on venait des fois à 3 heures du matin reposait une voie parce que c'était un cancéreux que la poisse était enlevée, on n'avait pas tout ce qu'on a maintenant.

Enquêtrice : d'accord.

Séverine : mais on avait zéro stress ça, c'est vraiment ce que je retiens maintenant. D'abord, parce qu'on n'était pas informatisé, donc ce qu'on faisait, on le faisait du mieux qu'on pouvait, on le faisait en essayant de se former, au début on a quand même fait des formations de deux jours par des organismes de formation comme MG ou des choses comme ça... On pensait que quand on avait fait du mieux qu'on pouvait, on se sentait non pas fiers de ce qu'on avait fait, mais on se sentait droit dans nos bottes. Et c'est ça qui a changé aujourd'hui. »

A cette époque, « les hospitaliers étaient encore très ouverts. Donc on pouvait appeler le professeur Duchemolle au CHU de Grenoble, l'avoir au téléphone et lui dire écoutez, moi je ne sais vraiment pas quoi faire avec ça et il prenait son temps et il nous répondait ». Cette situation a changé quand les médecins généralistes ont cessé de passer l'internat et que celui-ci, du coup, est devenu distinctif, établissant une hiérarchie entre les médecins généralistes et les spécialistes.

La période de réduction des financements dans les hôpitaux, qu'elle situe dans les années 2000, affecte leurs conditions d'exercice, les secrétaires étant « la première chose qu'on a fait sauter », ce qui complique l'accès aux spécialistes et aux urgences. C'est malgré tout pour Séverine une bonne période. Elle crée avec la PMI un planning familial pour mineures car elles se sont aperçues qu'il y avait un taux de mineures enceintes beaucoup plus élevé que dans les autres régions.

Séverine décrit ensuite une période d'alourdissement considérable du travail administratif, de normes bureaucratiques et « des recommandations qui étaient sur ce qu'il ne fallait pas faire parce que ça coûtait trop cher » et qui étaient déjà comme « une épée de Damoclès ». Elle décrit la ROSP comme « quelque chose d'épouvantable ».

« Il y a un biais sélectif très simple c'est que si moi je prends dans ma clientèle que des gens bac + 5 genre Education Nationale qui vont tout faire tout bien, je vais avoir un ROSP magnifique on va me verser. [...] J'ai une clientèle c'est que des gens qui ne paient pas qui sont un peu paumés, j'ai pas de toxicos, mais j'ai beaucoup d'alcolos, des familles en grande précarité évidemment je ne vais pas les enquiquiner si elles ne sont pas allées faire la mammographie le mois où il fallait la faire. Je leur explique que ça serait bien de la faire, mais je préfère qu'elles fassent manger leurs enfants, si vous voulez, je hiérarchie un petit peu mes demandes, si vous voulez, forcément, donc, cette population là, elle fait pas tout bien et moi j'ai toujours des très mauvais critères. Moi je m'en fous, si vous voulez (rire). Mais c'est pour vous dire... Alors il y a des médecins qui se sont à virer les patients qui ne respectaient pas les demandes qu'ils avaient faites !

Enquêtrice : oui, dans certains endroits, ils sont en position de force...

Séverine : ben oui.

Enquêtrice : et donc stratégiquement, ils peuvent très bien se débrouiller pour garder une patientèle...

Séverine : bien sûr !

Enquêtrice : comme vous dites avec un niveau plus élevé, comme vous dites, bac + 5 et qui va respecter plus facilement les prescriptions...

Séverine : qui aura les moyens de le faire, aussi. Parce que la mammographie, elle se fait à 30 kilomètres, il faut avoir une voiture, vous voyez c'est aussi là... C'est pas seulement des gens qui sont gentils et observants vis à vis de leur médecin, c'est aussi des gens qui ont et l'argent et les moyens je dirais de déplacement ou de garde de leurs enfants pour faire ce qu'on leur a demandé de faire »

Cette situation biaisée favorise a ses yeux « l'abattage » et ne récompense pas la qualité du médecin, même si ce qu'elle apporte « n'est pas négligeable ». Séverine décrit de nombreuses altérations des conditions d'exercice : les laboratoires étant rachetés par des fonds de pension et faisant des économies de main d'œuvre, il est devenu difficile d'obtenir rapidement le résultat d'examens sanguins pourtant urgents, ce qui conduit à envoyer des patient-es à l'hôpital par sécurité. Les services devenus nécessaires avec le vieillissement de la population, comme la MAIA, l'HAD ne sont pas octroyés car « ils sont toujours trop périphériques ». Elle évoque tout un système « qui se détricote », avec un tissu de relations sociales entre générations qui ne permet plus la prise en charge des personnes âgées, tandis que les infrastructures manquent cruellement. Les médecins doivent faire une grève des gardes la nuit car « ils ont tous été agressés » et Séverine se retrouve dans des situations où elle doit faire face à un patient psychotique en crise, qui lui place un couteau sous la gorge alors qu'elle est appelée en pleine nuit. Elle se trouve aussi aux prises avec la sécurité sociale, qui lui reproche des arrêts de long durée cependant incontournables en raison des caractéristiques de sa patientèle (elle divise ensuite ses arrêts maladie en deux ou trois pour éviter ces tracas).

Cette situation déjà très compliquée de l'exercice en milieu rural désertifié, que l'enquête ergonomique permet de détailler à partir de plusieurs portraits, devient pour Séverine intenable lorsque son mari, épuisé, malade, décide de prendre sa retraite après deux mois d'hospitalisation. Le couple cherche alors un repreneur parmi les 48 internes que Séverine et son mari ont formés et en particulier les dix jeunes avec lesquels des liens avaient été maintenus. Certain-es attendant d'intégrer la maison médicale en cours de finalisation refusent de la dépanner. Les autres vont « s'installer à Grenoble ». Pour ces internes , l'expérience à X était « une expérience formidable », qu'ils et elles ont « adoré », mais « c'est un peu comme si on était allés en Afrique, c'était une belle expérience, une belle aventure ». Il leur paraît inenvisageable de remplacer le mari de Séverine, qui « faisait cinq visites par jour ».

Face à ces difficultés, son mari n'ose pas arrêter son activité car il culpabilise de laisser sa patientèle sans médecin. Séverine, de son côté, se sent trahie car elle a été à l'origine du projet de maison médical précisément destiné à régler le problème des conditions devenues impossibles dans le contexte d'un exercice en libéral, avec des services défaillants et une patientèle importante, démunie socialement et vieillissante (et donc peu motorisée). Elle fait alors un burn out qu'elle explique ainsi :

« Alors quand j'ai vu que mon mari ne pourrait pas partir, quand j'ai vu tous les jeunes que j'avais formés et avec qui j'avais d'excellentes relations nous ont expliqué en long en large et en travers que la médecine de papa c'était plus possible et que nous, on avait mis 30 ans à construire quelque chose on avait construit un cabinet, on acceptait

toutes les urgences, on avait formé une secrétaire, moi j'avais monté le planning, enfin on avait fait plein de choses avant qu'il y ait des maisons pluridisciplinaires des choses comme ça euh j'ai eu la sensation tout d'un coup que tout ce que j'avais fait n'était pas reconnu, alors n'était pas reconnu financièrement, ça fait longtemps qu'on le savait, mais pas reconnu tout court. La 2^{ème} chose, c'est quand même le genre de médecin qui travaillait 15 heures par jour les 10 premières années de sa vie après il s'est un peu calmé parce que l'organisation était meilleure... Quand j'ai vu qu'il aurait 2000 euros de retraite, j'ai eu un peu de mal à l'encaisser pas pour lui, mais pour la reconnaissance sociétale que représentait ce qu'il a donné, la 3^{ème} chose, c'est que quand j'ai réalisé que ma collègue paniquait de se retrouver seule avec moi par la suite, que ça créait tout un tas de tension entre nous, je me suis demandée comment j'allais me sortir de cette affaire là et tout d'un coup, je me suis effondrée. Je me suis effondrée dans quelque chose qui était je ne reconnais pas aujourd'hui la médecine que je fais je ne reconnais pas le fonctionnement des jeunes médecins qui ne sont pas du tout solidaires, enfin je veux dire, qui s'en foutaient complètement, c'est quand même des gens qu'on avait vraiment formés, portés, accompagnés, passé leur thèse, enfin, etc., et finalement il y en a une qui m'a dit écoutes, moi je peux remplacer dans mon immeuble en chaussons, je ne vais quand même pas m'emmerder à faire une route une heure de route jusqu'à chez toi. Et ça, c'était pas entendable par moi par rapport à la façon dont moi, j'avais été quand j'avais été jeune médecin. Je veux dire, ça a été douloureux, vraiment douloureux. Après, ça rentrait aussi en résonnance avec d'autres choses plus compliquées, hein, j'ai eu une vie assez compliquée entre perdre ma mère, perdre un enfant, perdre mon père, lui aussi je l'ai accompagné loi Léoneti, enfin, c'était pas léoneti à l'époque, mais c'était tout comme, c'est moi qui l'ai géré jusqu'à la fin de sa mort, donc tout ça, ce sont des choses qui me sont revenues à ce moment là en boomerang ».

On voit ici comment différents éléments biographiques entrent en résonnance et produisent ce que Séverine décrit comme un effondrement : des différences de modèles professionnels entre des médecins qui se décrivent eux même comme « à l'ancienne » et d'autres qui souhaitent conserver la maîtrise de leurs temps de travail et de leurs conditions de vie. La panique qu'elle décrit chez sa collègue est exactement celle que nous ont confiées des jeunes femmes médecins et qui cherchent un emploi salarié pour précisément éviter une telle situation. Les jeunes médecins en milieu rural perçoivent clairement comme un contre modèle ce qu'incarne Séverine. De son côté, ce dont elle prend conscience lors d'une thérapie, Séverine est aussi trop fragilisée par les différentes expériences douloureuses traversées au moment de ses études et après (les différents deuils) pour être en mesure de relativiser la dimension de « trahison » de jeunes collègues qui en fait, se préservent, notamment les femmes encore exposées à la double journée.

Les éléments biographiques (des deuils répétés, une socialisation au travail sans limites) et contextuels (une bureaucratisation croissante de l'activité, un contrôle accru, des infrastructures manquantes en milieu rural sous dense) se combinent ici pour produire le burn out. Séverine se sent prise au piège de la culpabilité vis à vis d'une patientèle qu'elle ne peut pas « abandonner », d'un mari qu'elle cherche à protéger et de confrères et consœurs

sur lequel-les elle estime ne pas pouvoir compter, mais qui veulent précisément éviter l'épuisement et le travail sans merci. Socialisée durant ses études au travail sans limite et conduite à exercer dans un contexte qui renforce cette socialisation au travail sans limite, Séverine se heurte à une impossibilité de reproduire ce modèle parmi les jeunes médecins.

9. Conclusion : Travail médical empêché et santé des médecins

Notre enquête qualitative auprès de médecins généralistes ayant quitté ou aménagé leur activité libérale rejoint, dans un secteur d'emploi libéral, les résultats de l'enquête de Lucie Guiffard et Guillaume Tiffon sur le « surtravail des chercheurs de l'industrie énergétique » : « s'il constitue un travail supplémentaire, qui accroît la charge de travail, il ne saurait en effet se réduire à une question de volume »⁸⁴. Notre enquête montre que les effets du surtravail sur la santé mentale sont décuplés par l'impossibilité de faire son travail conformément à la qualité qu'on en attend. L'activité médicale libérale est structurellement caractérisée par le manque de temps, la difficulté à borner la journée de travail, l'impossibilité de faire son travail correctement, des interruptions fréquentes minant la concentration (appels téléphoniques, interactions d'ordre administratif), le débordement de l'activité professionnelle par ses dimensions administratives, et de la vie professionnelle sur la vie privée. Or ces éléments sont constitutifs de ce qu'Yves Clot a qualifié de « qualité empêchée »⁸⁵, et qu'il identifie comme la cause majeure du malaise au travail. Les problèmes de santé, physiques comme psychiques, rencontrés par ces médecins, de même que leur décision de quitter la médecine libérale, témoigne de l'ampleur du malaise.

Associé à cette amplitude de travail importante et au travail médical « empêché », le cumul d'activités professionnelles et familiales, contribuent également significativement à l'apparition de problèmes de santé chez les médecins se traduisant par des signes physiques et psychologiques d'épuisement, des troubles du sommeil, de l'anxiété, des malaises et pouvant aller jusqu'à des situations burn out. Dans notre enquête, ce basculement vers l'épuisement apparaît particulièrement avéré du côté des femmes qui soit sur-ajoutent une vie familiale dont elles ont principalement la charge, soit sur-multiplient le cumul professionnel lorsqu'elles sont célibataires et sans enfants⁸⁶. Du côté des hommes, le basculement tend à prendre une autre forme, celui du divorce notamment, qui provoque une rupture dans le mode de vie personnel et professionnel pouvant amener à aspirer au salariat.

B. Les difficultés liées aux patient-es en difficulté ou « difficiles »

Cette partie traite plus spécifiquement de l'impact que représentent sur la charge de travail les patients et leurs caractéristiques, c'est-à-dire à la fois la prise en charge liée aux pathologies et aux attitudes des patients et au jeu de gratifications réciproques qu'elles entraînent ou entravent. La littérature sur le burn out mentionne très souvent les exigences des patients et leur caractère déraisonnable dans les difficultés rencontrées par les médecins. Les patients perçus comme « non

84 Lucie Goussard, Guillaume Tiffon, *Quand le travail déborde... La pénibilité du surtravail à domicile des chercheurs de l'industrie énergétique*, op. cit., p. 28.

85 Yves Clot, *Le travail à cœur. Pour en finir avec les risques psychosociaux*, Paris, La Découverte, 2010.

86 Rappelons que la revue de littérature a mis en lumière la fréquence particulièrement élevée de la suicidalité chez les femmes médecins.

compliants » sont également identifiés comme une cause de burn out⁸⁷, mais ils ne sont pas nécessairement perçus non nécessairement « difficiles » par les médecins, qui peuvent percevoir l'absence « d'observance » comme étant davantage liée à des conditions de vie « hostiles » qu'à un manque de respect de l'autorité médicale. Ils perçoivent alors ces patients comme en difficulté, en souffrance, mais peuvent trouver difficile de travailler avec eux de manière trop exclusive. Selon les dispositions sociales des médecins, la non observance peut engendrer un sentiment d'impuissance générateur de souffrance ou un sentiment de mépris qui produit un sentiment de désajustement. Nous allons développer successivement ces deux aspects qui ne sont pas toujours séparés, les patients perçus comme « difficiles » ou en « difficulté » en nous plaçant du point de vue des médecins et de ce que notre matériel permet d'identifier des comportements des patients et des dispositions des médecins. La diversité des profils associée à une connaissance des parcours nous permet, là encore, de bien distinguer les manières de se définir professionnellement à travers des attentes à l'égard des patients et d'un rôle qui est attendu d'eux.

1. Les patient-es « difficiles »

Comme c'est le cas dans la plupart des rapports, Philippe Davezies, François Danielou font une large place à la première dimension, celle des patients exigeants. Ils relativisent un discours nostalgique qui fait référence à un passé où le médecin « jouissait d'une tout autre considération » et proposent à partir de l'analyse de l'activité « ouvrir sur des réalités plus complexes, sujettes à interrogations et à débats ». Ils observent que « les médecins décrivent une double pression exercée par les patients: en termes de disponibilité et en termes de contenu de la prise en charge ». Leur rapport abonde d'exemples de patients qui dérangent les médecins pour un rhume, un bouton de moustique, qui se conduisent de manière capricieuse, menaçant d'aller voir un confrère à la moindre frustration, n'hésitant pas à interrompre une relation thérapeutique patiemment édifiée au fil des années pour obtenir un rendez-vous plus rapidement sans véritable urgence. Selon son enquête, ces patients sont peu nombreux, mais ils absorbent une énergie démesurée. Cette thématique est abordée dans le document de travail de la DREES qui évoque « une non reconnaissance et une rupture d'un équilibre entre don et contre-don » et « un décalage croissant entre les exigences et les comportements de la patientèle et leur vision du métier »⁸⁸. Elle est présente dans certains de entretiens. Hélène, 36 ans, remplaçante, ainsi, estime être « durablement dégoutée, vraiment » : elle a l'impression « d'avoir fait tellement de sacrifices pour les gens, même si c'était mon travail, mais je le ressentais déjà comme un sacrifice, ce qui n'est pas normal ». Elle travaille sur un mode qu'elle qualifie de « sacrificiel » jusqu'à sa grossesse :

« Je trouvais que les gens n'avaient pas trop d'empathie. J'étais toujours pleine d'empathie, de compassion, j'essayais de résoudre les soucis des gens, j'étais toujours disponible, je faisais le maximum. Et quand j'ai été enceinte, j'ai attendu qu'il y ait une réciprocité et que les patients ont un peu plus de pitié. Et en fait pas du tout. Les gens attendent la même chose du remplaçant, qu'elle soit enceinte, pas enceinte, on s'en fiche. Les gens ne faisaient aucun effort, on me faisait déplacer pour un papier, ça m'a vraiment marquée, ce manque d'empathie des gens pour mon état qui faisait que je n'étais pas au mieux de ma forme pour assurer comme d'habitude. Et ça m'a durablement déçue de la part des patients. Honnêtement, ça a vraiment été une cassure. »

⁸⁷ Didier Truchot, Nathalie Roncari, Delphine Bantégnie, « Burnout, compliance du patient et retrait psychologique chez les médecins généralistes : une étude exploratoire », *L'encéphale*, 2011, 37.

⁸⁸ Olivier Blandin - Marie-Hélène Cabé, Cessation d'activité des médecins généralistes libéraux Tome 2, DREES, document de travail, n° 77 – mars 2008.

Elle fait des journées qui vont de 7 heures du matin à 21 30 le soir, avec de la route. Hélène est confrontée à des patients qu'elle considère comme « mal éduqués », ce qui est une thématique récurrente parmi nos enquêtés qui refusent « l'ancien modèle ». La thématique de la mauvaise éducation des patients des médecins « à l'ancienne » est récurrente dans nos entretiens. Selon Chloé, dont nous reparlerons plus avant, cette mauvaise éducation explique la réticence qu'ont les jeunes médecins à reprendre leur cabinet car elle estime que « quelqu'un de 30 ans qui prend la suite d'un ancien qui fait 50 actes par jour et qui est pas informatisé, c'est super dur quoi, enfin vraiment, et rééduquer tout, les consignes matérielles, rééduquer la patientèle, tout informatiser ». Pour elle, c'est « aller au casse-pipe ». Les patients difficiles ne sont pas nécessairement identifiés aux patients en situation de vulnérabilité sociale ni dans la littérature sur le burn out, ni dans nos entretiens. Ils correspondent souvent soit à des « patients non éduqués », soit à des consommateurs exigeants qui arrivent avec une liste de courses dans un contexte défini comme celui de l'ubérisation de la médecine⁸⁹. Leyla, d'origine populaire, a exercé pendant plusieurs années dans un centre de santé dans un quartier populaire qui l'a « épuisée » à cause des problèmes sociaux et du sentiment d'impuissance ressenti ainsi, décrit ainsi une patientèle consommatrice de soins :

« Autre problème, à la Garenne-Colombes, où c'était l'autre extrême. Les gens viennent avec le diagnostic et veulent leur IRM. On leur dit « non » parce que c'est moi le médecin, j'ai fait 10 ans d'études, c'est bien Google mais c'est moi le médecin. En plus, j'avais le statut de remplaçant, je n'avais pas le statut du docteur. Le remplaçant c'est toujours celui qui sait moins bien que le vrai docteur. Ils venaient en me disant « j'ai fait mes recherches, je veux ça, je veux tel examen ». Et non, ça ne se passait pas comme ça. J'essayais de poser des questions, j'examinais la personne et si je n'allais pas dans le même sens que la personne... Et c'est difficile aussi. »

Elle a changé de centre de santé pour trouver une situation évitant ce qu'elle définit comme des extrêmes. Mais la perception d'une population comme « extrême » ne peut évidemment pas être indépendante de la trajectoire des individus et du degré d'ajustement social entre les médecins et leur clientèle, de l'ensemble des ressources détenues et de la situation en termes de genre : Leyla est en forte ascension sociale et l'acquisition de sa position lui a coûté plus cher qu'à d'autres : elle a une trajectoire scolaire improbable (un bac littéraire qui l'a obligée à compenser en mathématiques par un énorme travail personnel) dont on peut qu'ils rendent particulièrement mal venu pour elle la contestation de l'autorité médicale que beaucoup de médecins dénoncent. Du côté de sa situation conjugale, elle est dans posture de sur-conformité maternelle qui la conduit à éviter la patientèle « épuisante » du centre de santé situé dans un quartier populaire. Malgré tout, sa charge de travail reste forte (elle a deux mi-temps, un en PMI pour la supervision sanitaire des crèches et l'autre en centre de santé) et elle se déplace beaucoup. Elle en paie le prix par des déséquilibres alimentaires qui la conduisent à une obésité que les enquêtes de la DREES mentionnées dans notre revue de littérature révèlent peu fréquente pour cette catégorie. Elle explique que se déplaçant souvent, elle se nourrit souvent de sandwiches, consommés en marchant d'un lieu de rendez-vous à un autre. Son obésité, étant donné sa position sociale et la sous-représentation de cette pathologie parmi les médecins peut-être considérée comme un trouble de santé lié au travail.

Matthias lui est resté en centre de santé, mais il a eu besoin de diversifier sa patientèle. Son père est père technicien informatique et sa mère DRH. Il a exercé en libéral avant d'exercer au centre de

⁸⁹ Jean-François Thébaut, « Ubérisation de la médecine : menace ou opportunité ? » *Les tribunes de la santé* n° 54, 2017^[1]_[SEPT.].

santé, ce qu'il trouve moins stressant. Il a une petite fille d'un an. Matthias ne se reconnaît pas non plus dans un modèle professionnel marqué par de grandes amplitudes horaires et des cadences de travail qu'il trouve contraires à la pratique d'une médecine de qualité. Après une tentative ratée pour s'installer en libéral dans un quartier populaire, il est embauché dans un centre de santé et à mi temps à l'université. Il estime que la proportion de patients en difficulté rend tout « très compliqué » et fait référence comme Laurence, à l'absence de traducteur et à l'épuisement que les choses compliquées ne soient pas contrebalancées par des choses simples, comme c'est le cas en principe « en médecine générale ». Il est confronté à une misère qui lui est difficile à supporter. Les agressions de patients sont régulières. Lui-même a été agressé et a dû être en arrêt de travail. Il a été profondément affecté et fragilisé par l'absence de soutien de sa hiérarchie, suite à laquelle il va au travail avec des angoisses qu'il n'avait jamais connues avant au travail car il s'est senti lâché. Il quitte alors ce CMS pour un autre CMS d'une commune socialement plus mixte, située en banlieue parisienne, et dont il devient directeur :

« C'est beaucoup plus mixte, c'est un centre de santé donc il y a des gens en précarité qui viennent en préférence chez nous mais il y a une vraie mixité sociale [...]. Il y a peut-être une consultation sur cinq qui est difficile socialement mais pas deux sur trois. Du coup, ça n'a rien à voir, c'est beaucoup plus facile. Je sais qu'entre deux consultations difficiles, il y en a une qui est facile. »

L'agression et l'absence de soutien social ont été des facteurs déclenchants mais Matthias ne souffrait pas moins d'une grande concentration de patientèle populaire et de l'impossibilité de souffler entre les patients.

Victor, fils d'une infirmière libérale et d'un agent EDF, fait partie de cette catégorie de médecins dont la reprise du cabinet n'apparaîtrait pas selon Chloé, désirable. Par ailleurs, il est totalement désajusté à sa patientèle ce qui selon nous, est un facteur de mal-être. Il a exercé toute sa carrière dans le même cabinet médical, en groupe, dans une banlieue parisienne dont la composition a changé. Autrefois constitué de classes populaires intégrées, son contexte d'exercice s'est popularisé, les familles fortement précarisées et/ou issues de l'immigration ayant remplacé une patientèle qu'il décrit comme respectueuse du rôle du médecin. Il dénonce l'obligation de "faire de l'abattage", c'est-à-dire de recevoir un nombre très élevé de patient-es par jour (il en est arrivé, dit-il, à 50 patient-es par jour), avant de "péter un plomb" ". Ses revenus mensuels sont de 9000 euros. Victor vit très mal les transformations de sa patientèle qui, selon lui, cherche à obtenir « des avantages ». Il dénonce les charges trop lourdes (il insiste sur le fait qu'il ne lui reste que 10 euros dans la poche une fois les charges enlevées) et se plaint qu'au cours d'une consultation il faut "résoudre un tas de problèmes" médicaux et des problèmes de plus en plus administratifs", avec "de plus en plus des problématiques sociales" et des gens "qui viennent pour récupérer des avantages sociaux, c'est des gens qui sont pas malades, hein, pour avoir un arrêt de travail, pour avoir une attestation de machin, de truc, un certificat machin".

Victor souffre du fait que sa patientèle ne maîtrise pas un certain nombre de codes sociaux, comme l'annulation de rendez-vous manqués, le fait de frapper à la porte lorsque le médecin est en consultation, les appels téléphoniques alors qu'il consulte. Il se plaint du "cinéma" que font les patient-es auxquels on refuse des "avantages" et qui vont écrire au Conseil de l'Ordre. Il a tenté et réussi un concours pour être médecin conseil, mais n'a pas eu le poste. Il souhaite changer d'environnement, car le lieu est "crade, populaire" et la patientèle "fait partie de l'environnement". Il n'envisage pas de travailler dans une structure collective, qu'il s'agisse d'une MPS ou d'un centre de santé.

Victor n'a pas réussi à trouver une repreneuse ou un repreneur pour un cabinet qu'il avait lui-même acheté :

Enquêtrice : ça vous est arrivé de consommer des anxiolytiques ou ce genre de choses ?

Victor : non, non non. Par contre des douleurs de dos, des maux de tête, des troubles du sommeil...

Enquêtrice : pas d'addiction ?

Victor : ah bah un petit peu l'alcool, quand même.

Enquêtrice : ça détend !

Victor : mais c'est tout. Mais voilà c'est fait pour ça. Mais le reste, non. Mais ce que je veux dire, c'est que ça finit par vous tuer à petit feu. Et on s'en rend pas compte au début. Moi je m'en suis rendu compte parce qu'effectivement, j'avais mal au dos, j'avais mal à la tête, j'étais crevé, j'étais irritable. Mais c'est ça qui me met dedans, c'est que ça devient dangereux pour la santé, je trouve ! Et dans ce cas là il vaut mieux arrêter, hein.

(...)

Enquêtrice : vous avez eu quand même l'impression d'être instrumentalisé par les patients ?

Victor : ouais, et les pouvoirs publics.

Enquêtrice : d'accord.

Victor : j'ai été utilisé comme un citron pressé, quoi. Sans aucune limite. En gros, en trois mots, j'ai beaucoup beaucoup donné en 30 ans, j'ai pas beaucoup reçu, hein. Donc il y a un sentiment quand même de regret, d'injustice, pas content, quoi (...) On nous disait à l'époque, vous êtes l'élite de la société, vous êtes les futurs machins du truc... Et si on m'avait dit tu seras 35 ans plus tard, je ne l'aurais jamais cru.

Enquêtrice : hum hum.

Victor : dans quel trou on est, dans quel désastre ! Je n'aurais jamais cru ça, j'aurais cru à une plaisanterie. Vous voyez un peu la dégradation en 35 ans. On est vraiment dans le trou...

Victor, dont la femme ne travaille pas, souffre certes du sur travail, mais il en souffre d'autant plus que sa patientèle est populaire et qu'il ne fait pas partie des médecins qui pour des raisons socio-politiques, recherchent une patientèle de ce type. Mais ceux qui recherchent une patientèle de ce type exercent généralement en centre de santé ou dans services hospitaliers spécifiques. La durée du travail est en elle-même facteur d'épuisement et de stress. Mais la concentration d'une clientèle appartenant aux fractions les plus basses des classes populaires aggrave inévitablement les conditions de travail. Il est confronté à des rendez vous non honorés (environ 3 à 7 par jour). Il dit avoir de nombreuses consultations impayées et qu'il lui est difficile de récupérer auprès de la CPAM. Il est sans cesse dérangé dans ses consultations.

Victor fait partie des médecins identifiés par l'enquête DREES qui travaillant plus de 60 heures par semaine, trouvent les patients de plus en plus difficiles et que nous avons définis, en termes de santé mentale, comme étant sur le fil du rasoir. Mais ce qui le fait basculer dans diverses formes de somatisation, c'est d'une part ses aspirations à un certain niveau de vie dans un contexte de mono activité qui l'obligent à enchaîner les actes et à faire « de l'abattage », de l'autre les caractéristiques de la patientèle, qui dégradent les conditions de travail du fait de la distance des patients aux normes professionnelles.

Le « rapport Davezies Daniellou » montre à quel point la gestion des tâches associées aux publics en difficulté alourdit le travail des médecins pour plusieurs raisons. Ils nécessitent tout d'abord une prise en charge qui alourdit considérablement le travail administratif, qui peut se reporter sur des tâches réalisées en dehors du temps de soin, en plus et sans doute parfois au domicile. Ensuite, le contrôle exercé par les institutions peut être source de conflits avec la sécurité sociale ou d'autres institutions et donc de stress et de sentiment de perte de temps ou d'autorité professionnelle⁹⁰.

⁹⁰ Ibid, p. 37-42.

Plusieurs de nos enquêté-es ont eu à défendre la possibilité de dispenser des arrêts maladie à des patients qui en avaient besoin. Enfin, c'est parmi les classes populaires que sont susceptibles de se rencontrer les patient-es les moins « compliants » et donc de confronter les médecins à un sentiment difficilement supportable d'impuissance sociale⁹¹.

Christophe cumule de nombreux signes de souffrance psychique liée au travail qui s'explique par des tensions entre ses dispositions (il tient à exercer dans un quartier très populaire, mais peine à supporter l'inertie des patients face à la maladie) les charges énormes qui lui incombent depuis qu'il se retrouve seul (son associée est décédée et collaborateur contribue inégalement aux charges, la charge de travail (il est dans une zone urbaine sous dense. Il paie 70 % de charges et a 55 % des revenus du cabinet et n'arrive actuellement à se dégager qu'un salaire de 1500 euros. Il souffre de troubles anxieux, prend des anti déprimeurs qu'il se prescrit lui-même. Il a été suivi pendant plusieurs années.

Après le décès de son associé, il s'est retrouvé dans une telle surmenage, devant absorber seul les charges du cabinet et la patientèle qu'il s'est retrouvé après des vacances qui n'en ont pas été (sa secrétaire lui fait suivre une cinquantaine de mails par jour) vraiment au moment de reprendre le travail « avec une douleur brûlante de la nuque au bas du dos. C'est tout con, vous prenez la musculature recrutée par la colère, c'est ça qui est tendu et brûlant ». Il ne rentre pas avant 21 heures le soir et il est séparé. Il estime que sa séparation n'a rien à voir avec son travail, même s'il reconnaît que « le fait de rentrer acariâtre, énervé, le soir, a sans doute fait ressortir un certain nombre de travers qui ont aggravé notre conjugopathie »

Christophe n'envisage pas de changer de quartier ni de modalité d'activité, il se sent utile dans le quartier très populaire où il exerce, il n'imagine pas être ailleurs. Il fait beaucoup d'addictologie et observe que « dans mon quartier, si je ne faisais pas d'addictologie, je me suis trompé d'endroit ». Il parle beaucoup de sa patientèle qui semble correspondre assez parfaitement aux patients qui génèrent de l'épuisement émotionnel du fait des comportements non compliants⁹². Sa patientèle souffre des troubles qui affectent le plus les catégories populaires : maladies coronaires, complications d'hyper cholestérolémie, diabète, tabagisme, complications d'alcoolisme ou de toxicomanie. Il évoque « une métaculture de quartier, de sous population, où on n'imagine pas que l'on puisse être en meilleure santé que ses parents ou ses grands parents », un « fatalisme ».

Alors que son jeune collaborateur n'assume que le suivi des toxicomanes qui sont « complètement sevré-es » et refuse celles et ceux « qui sont complètement à la ramasse parce que c'est pas son truc », Christophe de son côté met en œuvre « des projets de soin » avec une équipe de soins primaires qui a été « la première du département » et dont il est très fier. Il estime que la prise en charge « bio psycho sociale » est « passionnante » et raconte qu'ils se sont organisés depuis 13 ans « avec nos infirmiers, nos pharmacies, nos contacts, nos travailleurs sociaux » pour faire « du bon travail dans notre quartier ». Cependant, il souffre beaucoup du sentiment d'impuissance et de la difficulté à faire avec des patient-es qui au fond, « n'ont pas de projet de soin ». A sa manière, il supporte mal le sentiment que lui inspirent ces patient-es « sans projet de soin » et qui cherchent à obtenir de lui des prescriptions sans vouloir se soigner. Il est confronté non seulement aux toxicomanes, qu'il sait très bien gérer, mais aussi aux diabétiques, qui ne suivent pas ses conseils et dont la situation se dégrade. Bien qu'il recherche expressément ce public populaire avec lequel il a développé des compétences dont il est sûr et fier, il supporte mal l'absence de « projet de soin » qui caractérise une population qui a un rapport « fataliste » à la santé. Il estime s'être fait piéger par une catégorie de patients qui sont en fait

⁹¹ Aurore Lorette, « Ces patients qui ne font pas ce qu'il faut. Étude des impacts de la moralité sanitaire dans la prise en charge des corps malades en cancérologie », *Revue Française des affaires sociales*, 2020, n°3.

⁹² Didier Truchot, Nathalie Roncari, Delphine Bantégny, « Burnout, compliance du patient et retrait psychologique chez les médecins généralistes : une étude exploratoire », op. cit.

des bourreaux déguisés en victimes et qui reportent sur les médecins leur impossibilité de se prendre en charge :

« Donc, c'est vrai que je n'ai pas du tout l'intention d'arrêter mon exercice professionnel, mais c'est vrai que oui, je suis médecin en souffrance, parce que c'est pas un long fleuve tranquille, parce que l'impuissance, j'y suis confronté quotidiennement, euh ma façon de réagir à ça, ça a été tout simplement de remettre en question ma représentation des choses et les bases, peut-être qu'il faut que je change de posture et que je gère et que j'aborde les choses différemment. »

D'autres médecins comme Agnès, confrontées à des toxicomanes, se sont retrouvées dans des situations qu'elles n'ont pas pu gérer. Elle a travaillé comme remplaçante dans une banlieue d'Amiens où elle s'est trouvée exposée à des « populations des cités ». Même si elle considère que « il y a un côté intéressant » elle estime que « mais il y a un côté où quand on ne connaît le milieu, on n'a pas forcément un comportement adapté. Et puis même dans ce cabinet là, quand j'y étais il y a un médecin qui s'est suicidé... ». Elle a été en conflit avec un médecin auquel elle reprochait de renouveler des ordonnances de stupéfiants et l'affaire a été portée devant le conseil de l'Ordre. Elle se trouve dans une région « où en fait, madame travaille pas, madame soit il gère les rendez vous, soit elle gère le quotidien et lui travaille avec des amplitudes pas possible... ». On lui a proposé de s'installer dans un de ces cabinets, mais elle craignait trop un rythme qu'elle n'aurait pas pu tenir et s'est finalement arrêtée six mois pour faire le point avant de trouver une activité salariée. Elle estime qu'il lui a été difficile de s'adapter à des types de comportements auxquels elle ne s'attendait pas. Elle estime qu'en fac, ce qu'ils apprennent « c'est traiter des pathologies et là on vient à gérer des personnalités à gérer des contextes de vie... » De ce fait, elle s'est « retrouvée avec un manque de maturité pour gérer des réactions des patients ou moi je me sentais remise en cause alors que... ». La distance sociale renforce considérablement les difficultés et les médecins qui font de gros volumes avec les patientèles populaires sont plus d'autres exposés aux troubles de santé psychiques, comme Victor ou Christophe. Leyla s'est protégée suite à des problèmes de santé liés à l'épuisement émotionnel car il lui importait d'être une « bonne » mère et de rester disponible pour ses enfants. Certains médecins trouvent des arbitrages entre les patientèles populaires et les patientèles « huppées », d'autres s'épanouissent auprès de ces patientèles.

2. Des médecins qui recherchent les patientèles populaires

D'autres patients sont pensés uniquement sous le prisme des difficultés qu'ils rencontrent eux-mêmes et qui pour les médecins priment sur les difficultés qu'ils suscitent. Nous désignons par « patients en difficulté » ceux dont les caractéristiques vont impacter la charge de travail des médecins ou/et ceux dont les conditions de vie ou de travail vont nécessiter des prises en charges plus importantes que la moyenne. Selon la revue de littérature et notre propre matériel, on peut ranger dans cette catégorie une partie de la patientèle populaire, les personnes âgées dépendantes et les personnes que les médecins décrivent comme « psychiatriques »⁹³ et les personnes en situation de vulnérabilité sociale. Cependant, selon leurs trajectoires, leurs parcours et les conditions dans lesquelles ils exercent, les médecins peuvent apprécier cette patientèle, qui peut leur permettre de s'épanouir professionnellement grâce au sentiment d'utilité qu'ils en retirent. Ce sont des médecins qui ont un profil politique de militants. L'enquête réalisée par la DREES sur la prise en charge des patients en situation de vulnérabilité sociale apporte des éléments qui permettent de contextualiser ces médecins qui sont atypiques. En effet, pour la plupart des médecins, ces patients représentent

⁹³ Philippe Davezies, François Daniellou, « L'épuisement professionnel des médecins généralistes, une étude en Poitou- Charentes », Op. cit., p. 147.

une plus grande difficulté : « Les trois quarts des praticiens déclarent éprouver plus de difficultés pour la prise en charge de leurs patients en situation de vulnérabilité sociale que leurs autres patients ». Ces plus grandes difficultés sont attribuées à l'impact de leurs conditions de vie sur les pathologies et à une forme de sur-travail : « Parmi les difficultés cliniques que leur prise en charge occasionne, plus de huit répondants sur dix évoquent l'addition de problèmes de santé chez un même patient (multi morbidité, 86 %), la difficulté à suivre le traitement donné (observance thérapeutique, 84 %) et le recours aux soins tardifs (83 %). Concernant les difficultés non cliniques, la durée de consultation plus longue est la première citée par les médecins (83 %) ⁹⁴. D'autres problèmes sont invoqués, comme « e manque de coordination entre le secteur médical et le secteur social (78 %), les obstacles à la prévention envers ces patients (75 %) et la surcharge de travail administratif (73 %). Interrogés sur leur propension éventuelle à recueillir des informations sur la situation sociale de leurs patients, ils sont 48 % qui se déclarent prêts à le faire sans incitations financières, 54 % à le faire avec une incitation financière et 59 % dans le cas d'une incitation financière plus importante dans le cadre de la ROSP.

Les médecins qui recherchent des patient·es populaires en situation de vulnérabilité sociale sont donc atypiques. On a cependant un continuum entre ceux qui préfèrent les patient·es populaires et ceux qui les recherchent activement.

Caroline a 36 ans, un conjoint graphiste, et pas d'enfants. Elle grandit à Singapour jusqu'à ses 16 ans, où elle est scolarisée à l'école française, puis à Aix-les-Bains. Son père, iranien, était pilote de ligne à Iran Air, et sa mère, française, était hôtesse de l'air puis « mère au foyer ». Ils ont quitté l'Iran en 1986 « parce qu'après la Révolution iranienne ça devenait un peu dur de vivre là-bas ». Elle n'a pas reçu d'éducation religieuse, n'a aucune expérience militante politique ni syndicale. Elle décrit les patient·es du CMS comme « fragiles, vulnérables, précaires, qui n'ont pas de chance dans la vie, qui ont des métiers pénibles » : « beaucoup de femmes de ménage, aides-soignantes, [...] complètement bousillées, [...] manutentionnaires, chauffeurs-livreurs, [...] beaucoup de bengalais qui [...] font la plonge et coupent les légumes [...] dans les sous-sols où il fait chaud avec de longues heures ». Caroline décrit, pour ces salarié·es des classes populaires, « beaucoup de douleurs chroniques qui sont bien sûr liées à quelque chose de psychologique derrière, un mal-être, beaucoup de lombalgies, beaucoup de diabétiques pas très bien équilibrés, les facteurs de risques cardiovasculaires [...] pas mal de dépressions [...], les douleurs chroniques souvent liées au travail, des gens qui ne peuvent pas se reconverter, ils ne savent pas écrire ou lire, c'est compliqué ».

Elle « a l'impression qu'on peut apporter un peu de réconfort aux gens, on peut essayer de les défendre un peu, notamment au travail, en les arrêtant :

On sait qu'on ne va pas résoudre tous leurs problèmes, et c'est des gens qui ne savent pas trop se battre eux-mêmes, ils ne savent pas trop se débrouiller, qui ne connaissent pas vraiment leurs droits aussi, qui ont peur, très vulnérables ». Elle attribue aux caractéristiques sociales d'une population d'origine populaire et immigrée le fait qu' « il y [ait] très peu de consultations faciles », car « la plupart du temps, il y a un problème social qui bloque plein d'autres choses, violence, les divorces. » Elle a le sentiment que « la précarité du quartier s'est aggravée, parce qu'il y a beaucoup de marchands de sommeil ici, [...] et on sent que les assistantes sociales de la mairie ne peuvent rien faire. »

En libéral, elle ressentait des tensions avec les patient·es qui « avaient du mal à accepter que le remplaçant travaille différemment, [ait] une pratique différente du médecin remplacé » : elle a eu

⁹⁴ DREES, Prise en charge des patients en situation de vulnérabilité sociale : opinions et pratiques des médecins généralistes, 2018, n° 1 0 8 9, p. 2.

« pas mal de conflits avec les gens habitués à ce que le médecin prescrive l'antibio tout de suite ou l'arrêt maladie d'un mois tout de suite ».

Au CMS, elle trouve parfois « fatigant » et « frustrant », en l'absence d'interprétariat financé par son employeur, de s'occuper de « gens qui parlent très, très mal français, mais qui [lui] demandent plein de choses, qui veulent plein de choses, qui me parlent de fuites urinaires, maux de tête, diarrhées. [...] Mais ce n'est pas eux, c'est plus la situation. Sinon, je n'ai pas de conflit avec les patients. Souvent quand les gens sont un peu insistants ou que c'est urgent, souvent ils ont raison en fait. » Elle aime quand les patient-es deviennent « un peu autonomes et moins dépendants [d'elle] », quand elle « [sent] qu'ils ont eu l'impression qu'[elle les a] écoutés, [...] entendus, [...] compris, [...] qu'on a la même vision du problème à la fin ».

Elle a avait un temps partiel à l'université qu'elle a abandonné car le temps était difficile à borner. Elle ne travaille que 24 heures car elle trouve le travail extrêmement lourd en CMS, à cause du travail d'assistant social qu'il suppose et nécessiterait à côté un bon service social à côté qu'ils n'ont pas.

Ce qui est déterminant dans son engagement, ce sont à la fois les avantages du salariat qui lui permettent de borner un investissement professionnel considéré comme sans limites en libéral et le sentiment d'utilité sociale. Les centres de santé en salariant les médecins permettent de rendre compatibles l'engagement au service des classes populaires les plus démunies et la préservation de leur santé en sécurisant financièrement les revenus qu'une patientèle trop chronophage fragilise (puisqu'elle prend plus de temps pendant les consultations et engendre un nombre d'actes administratifs plus importants).

Laurence se dit issue d'une famille modeste dans le sens où ma mère n'a pas été à l'école, elle était à la campagne et elle n'a même pas le certificat d'études alors qu'elle aurait bien voulu faire des études. Son père était menuisier, et puis professeur en menuiserie, il a repris des études vers 40 ans pour intégrer l'éducation nationale. Laurence a été fortement encouragée par ses parents à réussir scolairement. Elle passe son bac en 1983 à Grenoble. Après ses «études de médecine, elle fait des remplacements dans des zones montagneuses, avant d'avoir l'occasion de remplacer le médecin qu'elle avait elle-même enfant à la Villeneuve, qui est un quartier très populaire de Grenoble, où elle a grandi. Ce médecin exerçait dans un centre de santé, qu'elle découvre alors en tant que professionnelle et qu'elle apprécie. Elle se met alors à remplacer dans différents centres de santé et finit par se faire embaucher :

Enquêtrice : Dans ce centre de santé ?

Laurence : Non, en fait à Grenoble, il y a 5 centres de santé dans 5 quartiers différents. Ce sont des quartiers plutôt difficiles, plutôt populaires. C'est des militants qui ont monté cette association loi 1901. Je les ai connus, j'ai travaillé avec eux. Ils étaient novateurs dans leur esprit et c'est l'ancêtre des maisons médicales. Quand la plupart des médecins étaient tout seul dans leur coin à travailler d'une manière libérale et individuelle, eux se sont dit « ce serait bien qu'on se regroupe ».

Laurence y trouve son compte et se sent plus à sa place. Elle se « reconnaît » dans cette patientèle. Parlant d'un médecin qui fait des remplacements à la fois dans son centre de santé et dans un cabinet qui a une patientèle « moyenne », elle observe que ce médecin a trouvé qu'il se reposait chez le médecin libéral « par rapport à nous » car c'est une patientèle qui demande énormément d'énergie alors qu'elle ne fait plus la différence car elle ne fait que ça, dit-elle. Elle remarque :

« Moi, c'est mon quotidien et lui fait la différence. Par contre, il avait fait son autre stage avec un médecin généraliste dans une petite ville huppée à côté de Grenoble, avec des patients aisés, et il disait que ces patients-là étaient très pénibles car ils arrivent, ont mal au genou et veulent une IRM. Nous, nos patients, quand ils ont mal au genou, on met 10 minutes avant de

comprendre qu'ils ont mal au genou (rires). Quelqu'un dans ce quartier sait qu'il a mal au genou mais presque il refuse l'examen clinique, les questions, le raisonnement du médecin. Il trouve que c'est pénible. Au centre de santé, ça se passe autrement. Et moi, je me reconnais mieux dans ce que je fais plutôt que si j'étais un presse-bouton. Je me reconnais plus dans ce genre de patient et je me sens plus utile. Si j'ai le temps... Si je n'ai plus le temps, ce n'est pas la même chose. »

On pourrait rapprocher son profil de celui de Leyla, mais contrairement à Leyla, Laurence n'a pas d'enfants car elle n'a pas pu en avoir et a moins besoin de conserver son énergie et sa disponibilité pour sa vie privée. Elle estime qu'elle travaille trop et qu'elle ne sait pas mettre de limites. Je n'ai pas pu avoir d'enfant malheureusement, ce n'est pas un choix mais la vie a été comme ça. Je me suis souvent dit « si j'avais des enfants, comment je ferais ? ».

Brice fait aussi partie des médecins de notre corpus qui s'épanouissent auprès des patientèles populaires. Il a 40 ans, il est célibataire et sans enfant. Ses parents étaient facteurs et sont devenus cadres moyens à la fin de leur carrière à la Poste (mère) et à France Telecom (père). Sa scolarité secondaire en Champagne est brillante, terminée par un bac S avec mention Très bien.

Il est objecteur de conscience, a milité à ATTAC, puis brièvement à la LCR, s'est rapproché du Mouvement Républicain et Citoyen de Jean-Pierre Chevènement, et est actuellement militant de La France Insoumise (depuis 2017). Il ne paye pas sa cotisation à l'ordre des médecins : « tous les trois ans ils me convoquent en entretien confraternel pour me dire que ce serait bien de payer ma cotisation et je leur dis que je refuse d'appartenir à une structure où des gens en secteur 2 cotisent aussi. ». Il a donc un profil politique très marqué et qui est atypique dans notre corpus. Il a créé un syndicat de remplaçants de médecine générale, ReAGJIR [Regroupement Autonome des Généralistes Jeunes Installés et Remplaçants], et il est actuellement membre de l'union syndicale des médecins de centre de santé.

Intéressé par le « travail d'équipe » et le « côté social » des cabinets de groupe qu'il a connus en stage, il est au contraire rebuté par le fait de demander de l'argent aux patient-es en fin de consultation, et par le modèle du médecin libéral enchaînant 50 actes par jour. Séduit par une présentation sur les centres de santé dans un congrès, il renonce d'abord à travailler dans ce type de structure car il tient à travailler « à la campagne », où il n'y a pas de centre de santé. Il se résout donc à faire « du libéral parce que c'était le seul moyen de faire de la médecine de campagne », et s'est « formé à la gestion d'entreprise » et « à comment demander de l'argent à la fin des consultations ». Il s'installe donc dans le Deux-Sèvres, car sa compagne de l'époque y travaillait. Les relations avec ses deux collègues se dégradent rapidement, en raison de désaccords portant sur la gestion de la Société Civile de Moyens et de la Société Civile Immobilière dans lesquelles ils sont associés. Lorsqu'il a tenté de monter une maison de santé pluriprofessionnelle (MSP) dans le Deux-Sèvres avec quelques collègues, il n'a pas été soutenu par le Conseil de l'ordre, qui estimait que le territoire du n'était pas « en tension » (mais il l'est devenu quelques mois plus tard), et a été découragé par les querelles d'élus qui voulaient tous la MSP sur leur territoire : « tout ce qu'il y avait autour [de la médecine libérale], la gestion de personnels, l'administratif, l'agent d'entretien, annuler des consultations pour trouver une remplaçante à la secrétaire quand elle était en arrêt, c'était des choses qui ne m'intéressaient pas du tout. » Il quitte le Deux-Sèvres et la médecine libérale au bout de trois ans.

Connaissant le fonctionnement des centres de santé par des amis qui y travaillent, il contacte le directeur d'un centre municipal de santé (CMS) de la banlieue parisienne, et est recruté. Il s'investit dans l'enseignement avec la faculté de médecine voisine. Il gagnait environ 3000 euros par mois en libéral, en secteur 1, en travaillant 4 jours par semaine. En CMS, il gagne 3000 euros par mois pour 25 heures de consultation par semaine + 1800 euros pour ses responsabilités universitaires et éditoriales.

Il a vu se dégrader les conditions d'habitat (« des gens qui vivent dans 8 m² sans point d'eau ») et d'emploi (« des emplois très précaires ») dans le quartier de son CMS, et constaté les effets démultipliés de l'épidémie de Covid dans ce quartier populaire : « c'est tous des gens qui continuent à bosser, c'est les gilets jaunes, soi-disant les gens qui faisaient chier tout le monde pour rien et qui en fait sont les gens qui sont essentiels pour faire fonctionner l'économie ». Il est attentif aux conséquences de l'activité professionnelle sur la santé : « je suis un très gros déclarateur de maladies professionnelles, c'est-à-dire que pour moi une maladie est professionnelle jusqu'à preuve du contraire ou presque. » Il a également vu se dégrader les délais de réponse par la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH) pour ses nombreux patient-es ayant un handicap lié à une maladie professionnelle. Dans son CMS, une infirmière a développé des activités d'éducation thérapeutique du patient (ETP) dans plusieurs langues, pour éviter les effets d'accroissement des inégalités sociales habituellement générés par l'éducation thérapeutique.

Il n'a pas ressenti de tensions avec les patient-es, ni en libéral ni au CMS, sauf, au CMS, quelques tensions « liées à des incompréhensions par rapport à la barrière de la langue », mais il éprouve surtout des tensions avec les services médico-sociaux qu'il sollicite pour ses patient-es (CPAM pour des indemnités journalières, MDPH pour la reconnaissance d'un handicap...) : « la tension ne se fait pas avec le patient, au contraire, on est plutôt avec le patient pour essayer de régler une situation qui est générée par un tiers. » Il n'a jamais consulté ni pris de médicaments pour des problèmes liés au travail, mais il « dort mal la nuit quand [il n'a] pas réussi à aider [son] patient à garder son logement ». Invité à raconter une situation qui l'a fait « mal dormir la nuit », Brice raconte l'histoire d'un agent de déchetterie, d'origine africaine, ayant eu un accident de travail dont la rechute n'a pas été reconnue par la sécurité sociale, entraînant un arrêt de son indemnisation et au final, l'expulsion de son logement :

« Le risque professionnel, ce n'est plus accepté. On a fait plein de recours, j'ai essayé de faire une déclaration de maladie professionnelle qui a été refusée, avec une discussion hallucinante avec un médecin conseil de la sécu qui m'a dit « on ne va quand même pas payer ces gens-là à ne rien faire ». Et donc, progressivement, il avait des périodes d'arrêt où il n'était plus payé puisqu'il n'était plus indemnisé par la sécu. Il reprenait le travail, il avait super mal, il s'arrêtait, etc. Progressivement, je l'ai vu descendre aux enfers, être expulsé de son logement, dormir dans la rue, etc. J'ai eu quelques situations comme ça. Celle-là, elle m'a beaucoup marqué parce que j'étais assez attaché à ce patient. C'est plus ce genre de situation qui me met en tension, plus que la liste de courses finalement. ».

Ce qui fait souffrir Brice dans son travail, ce ne sont donc pas les demandes médicales excessives de certain-es patient-es, mais les difficultés qu'il éprouve à faire reconnaître les droits de ses patient-es en matière de protection sociale, d'indemnisation des accidents de travail, de logement, et à faire face aux conséquences sanitaires des conditions éprouvantes de travail, de logement et d'existence de ses patient-es.

Ce qu'il aime dans son travail, c'est être « très présent dans la vie des gens », être « vraiment le médecin de famille », dans un contexte social et territorial (en libéral dans le Deux-Sèvres, mais aussi en centre municipal de santé dans un quartier populaire de la banlieue parisienne) où le recours aux spécialistes est rare, et par conséquent le soin n'est pas « morcelé ». En CMS il a « beaucoup gagné sur le travail d'équipe », et apprécie que « l'aspect rémunération ne rentre pas du tout en compte, pour notre gestionnaire oui forcément, mais pour nous professionnels, c'est quand même une liberté par rapport à ça. » Il fait partie d'un syndicat qui milite pour les centres de santé, qu'il trouve plus pérennes que les maisons de santé libérales : « la maison de santé, quand le leader se barre, ça fait rapidement périlcliter la structure alors que les centres de santé je pense que c'est des structures plus

solides. » Constatant auprès de ses étudiants un attrait croissant pour le salariat, il considère que la médecine libérale est adaptée pour « des gens qui sont en médecine pour avoir leur entreprise de médecin et posséder leur outil de travail », ce qui n'était pas sa motivation première.

D'autres médecins de notre corpus présentent un profil proche de celui de Brice et recherchent des structures où ils pourront mettre leurs compétences au service des classes populaires, soit en allant vers les centres de santé, soit en optant pour certains services hospitaliers, comme Etienne qui a quitté le libéral pour travailler en service hospitalier d'addictologie après avoir travaillé dans un centre de santé. Son père était professeur à l'université en psychologie expérimentale. Etienne a été en libéral mais il s'est associé avec un médecin qui avait à son goût une conception trop mercantile du métier (il prenait beaucoup de patients et leur consacrait peu de temps et d'attention. Il était dans quartier populaire et il y a trouvé « des moments où des interactions, des échanges entre les gens sont plus forts, sont plus restaurateurs » qui « donnent un sentiment d'être utile », « le sentiment d'aider, une promesse de fraternité concrète, plus pratique, qu'on peut presque palper, qui est très touchante et qui est le traitement d'un sentiment d'impuissance aussi ». Etienne a un héritage politique : les membres de la famille de son père se sont échappés quand il y a eu Franco » et « se sont fait tirer dessus à la frontière ». Etienne raconte qu'ils « sont partis après la guerre d'Espagne mais en clandestin, en passant à pied » et que « ça, ça marque ». Son expérience dans les centres de santé ne s'est pas avérée concluante :

« C'est ça le centre de santé. Et puis une méfiance contre les populations maghrébines à cause, je crois, des histoires de la guerre, des problèmes avec l'Islam depuis 1991. Moi, je trouve que ça a déteint sur le projet du début des centres de santé. Ceux qui ont fait le centre de santé de La Courneuve, il y avait une espèce de volonté commune, amener un élan énorme, quelque chose de bien vraiment. Et puis, la bureaucratisation de ce truc – je ne sais pas si c'est le bon mot – fabrique quelque chose qui est beaucoup, beaucoup, beaucoup moins bien, qui s'use et qui fabrique des choses très perverses à la fin, qui est une méfiance contre les gens. »

Il a été très choqué par la manière de traiter les populations maghrébines dans ce centre qui a par ailleurs été traversé par des conflits violents pour obliger les médecins à réduire la durée de leur consultation et passer de 20 minutes à un quart d'heure. Or, la revendication de la qualité est une constante parmi les médecins de notre corpus. Etienne a aujourd'hui un statut de praticien hospitalier mais se heurte à la volonté des psychiatres à s'approprier le domaine des addictions qui pour lui relèvent davantage des conditions de vie.

Il estime que les patientèles populaires représentent « 50-70 %, 100 % de plus de boulot » ce qui au final ajoute-il ferait 50 % de salaire en plus.

Comme le précise Estelle Carde, le vécu difficile des médecins vis-à-vis « des patients difficiles » fait l'objet d'une vaste littérature dans les sciences de la santé, identifiable notamment par le mot-clé « patient difficile ». C'est le plus souvent par leur comportement (plaintif, agressif, exigeant, manipulateur, surconsommateur de soins), leurs problèmes médicaux (multiples, réagissant mal au traitement et douloureux), ou encore leur détresse émotionnelle, que cette littérature caractérise les patients que leurs médecins estiment difficiles (Elder, Ricer, Tobias, 2006 ; Hahn *et al.*, 1996 ; Hinchey, Jackson, 2011)⁹⁵.

Elle observe que ces patients définis comme difficiles ou chronophages sont ceux qui subissent et cumulent le plus fortement les inégalités et qu'ils contreviennent à la norme actuelle du partenariat entre médecin et malades. Ceux qui s'en écartent, ainsi, parce qu'ils n'ont pas les ressources pour jouer le rôle attendu d'eux, renforcent la frustration des médecins qui se sentent impuissants à les

⁹⁵ Estelle Carde, Quand les inégalités sociales rendent les patients « difficiles » : le vécu de médecins, *Émulations - Revue de sciences sociales*, 2020, n° 35-36.

aider et qui ont l'impression de ne rencontrer qu'indifférence⁹⁶. Ce sentiment d'impuissance est particulièrement marqué chez Christophe qui ne se verrait pourtant pas ailleurs, alors que Victor lui, s'approprie les stéréotypes qui associent la pauvreté à la paresse et à l'abus des soins et des aides sociales⁹⁷.

Au final, même lorsque les médecins recherchent une patientèle populaire parce que cela représente une forme d'expertise militante⁹⁸, de manière à lutter contre les inégalités sociales à travers une expertise professionnelle (comme les médecins de notre seconde sous-partie), cette configuration professionnelle est propice à un épuisement important qui peut donner lieu à des troubles de santé s'il existe des charges importantes par ailleurs (enfants ou autre emploi « chronophage »). L'épuisement peut résulter soit du travail lui-même tel qu'il est lié aux caractéristiques de la population, soit aux difficultés associées aux différents interlocuteurs (services sociaux, MDPH) dont dépend la qualité du travail avec ce type de patients.

Là encore, la comparaison avec les enseignants mérite d'être établie : ceux qui exercent en Réseau d'Education Prioritaire souffrent plus souvent de conditions de travail difficiles, même lorsqu'ils ont choisi cette situation, ce qui leur permet de trouver des gratifications symboliques en contrepartie, comme certains des médecins de notre corpus qui s'épanouissent grâce au sentiment d'utilité. Lorsque ce n'est pas choisi, ils font plus souvent partie de ceux qui jugent leurs conditions de travail pénibles⁹⁹.

C. Des médecins qui trouvent des solutions pour préserver leur santé

Les médecins généralistes sont donc impacté.es par un ensemble de difficultés pouvant contribuer à influencer négativement leur santé. Néanmoins, ils et elles ne sont pas dénué.es de ressources d'autant que leur statut libéral leur laisse la possibilité, au moins à la marge, d'aménager leur emploi du temps. Pour adapter leur activité aux exigences de leur vie personnelle, à leurs aspirations en matière de rapport travail/hors travail ou encore à leur volonté de préserver leur santé lorsque celle-ci est menacée, les médecins développent des stratégies diversifiées qui sont autant d'ajustements variables selon les origines sociales, les formations initiales et les configurations professionnelles et familiales. Si l'aménagement du temps de travail et/ou la délégation d'une partie de l'activité constituent pour certain-es un moyen de se maintenir en exercice en libéral, d'autres optent pour une modification plus conséquente de leur activité grâce à une spécialisation amenant un changement de patientèle, en s'orientant vers les médecines alternatives ou en se tournant vers le salariat.

1. Aménager le temps de travail et déléguer des tâches

Comme cela a déjà été montré par de nombreuses études, les médecins que nous avons interrogé-es, tentent pour certain-es d'entre eux de contrôler leur charge de travail, soit en diminuant leur temps

⁹⁶ Ibid, p. 55.

⁹⁷ Ibid, p.56.

⁹⁸ Sandrine Garcia, Expertise scientifique et capital militant. Le rôle des médecins dans la lutte pour la légalisation de l'avortement. Actes de la Recherche en sciences sociales, 2005, n°3.

⁹⁹ Magali Danner, Géraldine Farges, Sandrine Garcia, Jean-François Giret, L'exercice du métier des professeurs des écoles au prisme des contextes de travail et des parcours de vie, *Education et formation*, 2020, n° 101.

de travail, par exemple en travaillant à temps partiel¹⁰⁰, soit en déléguant tout ou partie de leurs tâches administratives à leur secrétariat ou à leur conjointe.

C'est le cas pour Manuel et Olivier (tous deux installés en zone rurale sous dotée médicalement dans le sud de la France), dont les épouses ont cessé de travailler pour s'occuper du secrétariat et des enfants. Fabrice, installé dans l'Yonne, également en zone rurale sous dotée, et marié à une pharmacienne délègue quant à lui la quasi-totalité de ses tâches administratives (qu'il ne supporte plus du tout) à son assistante administrative. Il peut ainsi se recentrer sur ce qui fait sens pour lui dans son activité, à savoir le rapport aux patient-es.

D'autres médecins délèguent une partie de leurs consultations à la pharmacie des environs. Ainsi, Edmond, 64 ans, néerlandais installé depuis 2015 dans une petite commune du Morvan où il est le seul médecin pour plusieurs communes, est venu effectuer ses dernières années d'exercice dans le Morvan, dans une zone très sous dotée médicalement. En Hollande, il travaillait dans un cabinet médical important où de nombreuses tâches étaient déléguées aux infirmières à pratique avancée (analyses médicales, mesure du poids, prise de la tension, mais aussi le versant relationnel de la prise en charge médicale) et la partie administrative à des assistantes administratives, le médecin étant « juste » chargé de poser un diagnostic. Il y a néanmoins fait un épisode dépressif majeur « parce qu'(il) ne savait pas dire non » à la suite duquel il a décidé de venir passer ses dernières années d'exercice dans un petit cabinet libéral de campagne en France. Il a appris que la commune cherchait un médecin par le biais d'une annonce parue dans un journal néerlandais. Cependant, une fois sur place, et plus encore au départ en retraite de Denis, médecin au sein de la MPS d'une ville à proximité, Edmond s'est retrouvé complètement surchargé de travail. Comme pour Manuel et Olivier, son épouse qui était enseignante en Hollande s'est arrêtée de travailler pour s'occuper de son secrétariat. Il a passé une convention avec le pharmacien local (jeune docteur en pharmacie Belge fraîchement installé, dont l'épouse est également pharmacienne) afin qu'il prenne en charge les consultations « courantes » du type renouvellement d'ordonnance pour les maladies chroniques, ou les consultations pour certaines affections ciblées dont la prise en charge a été protocolisée par Edmond, telles que les rhumes. De plus, le pharmacien possède un appareil de télé-consultations permettant de joindre des médecins spécialistes mais aussi des généralistes lorsqu'Edmond est débordé. Toutes ces mesures ont permis de désengorger quelque peu la salle d'attente du médecin du « tout venant », en lui permettant de se concentrer sur certain-es patient-es et sur certains actes. D'autres médecins ont réduit leur temps de consultation de 5 min par patient-es, ou ont éduqué leurs patient-es afin de gagner du temps sur les aspects organisationnels et préventifs de la consultation. D'autres encore, surtout des femmes dans notre échantillon, ont décidé de ne pas s'installer et de n'effectuer que des remplacements afin de réduire les charges financières et de limiter les tâches administratives, tout en conservant une marge de liberté dans l'organisation de leur emploi du temps. Audrey, 45 ans, exerce en cabinet de groupe près de Nantes et explique qu'elle n'a jamais voulu s'installer en raison de la charge administrative pesant sur ce type d'exercice mais aussi parce que l'évolution du métier (dans le sens d'une délégation des aspects prévention et relationnel aux infirmières à pratique avancée) ne lui convient pas. En tant que remplaçante, elle pouvait prendre des vacances et ne travaillait qu'une partie de l'année avec des horaires de travail allégés par rapport aux médecins installés-es.

¹⁰⁰ Par temps partiel, on entend le fait de ne pas travailler un ou deux jours dans la semaine, mais cela peut tout de même représenter un volume horaire important selon le médecin allant jusqu'à 40 heures par semaines.

« En gros, je bossais 9 mois par an, c'est annualisé avec des périodes de travail et des périodes de non-travail. Après, les horaires, c'était les horaires des gens que je remplaçais, du lundi au samedi matin avec une journée ou une demi-journée de repos dans la semaine, pas forcément tous les samedis matin, des gardes quand il y en avait. Les consultations commencent en général vers 9h et le soir, 19h les derniers rendez-vous. On quitte rarement le cabinet avant 20h-20h30. En tant que remplaçant, on a moins de papiers à faire donc on part plus tôt en général. »

Contrainte de s'installer récemment suite au départ à la retraite de l'un de ses associés, elle a pour projet de quitter ce cabinet au plus vite et pour reprendre une activité de remplacements dans d'autres villes.

Au-delà d'un aménagement du temps de travail et d'une délégation de tâches, les médecins qui souhaitent mieux contrôler leur activité font évoluer leurs modalités d'exercice. Dans ce cas, beaucoup se tournent vers une pratique de groupe, en cabinet ou en Maison de Santé Pluri professionnelle, le groupe permettant d'assurer une certaine flexibilité du travail (comme prendre des vacances sans avoir à chercher un-e remplaçant-e, ou alors assister à une réunion à l'école des enfants sans avoir à annuler des consultations), tout en mutualisant les charges fixes (comme la location des cabinets, le secrétariat, le matériel) et en se délestant d'une importante partie de travail administratif. D'autres, moins ajustés-es au modèle libéral, trouvent refuge dans le salariat (hospitalier ou en centre de santé) qui leur garantit une sécurité financière, des horaires de travail fixes ainsi que des avantages sociaux. Certain-es décident de diversifier tout ou partie de leurs activités en se dirigeant vers la pratique de médecines alternatives comme l'homéopathie, l'acupuncture, l'ostéopathie ou l'hypnose, afin de sélectionner leur patientèle. Enfin, certain-es, rares dans notre corpus, à bout de souffle ou aspirant à une autre vie ont franchi le pas de quitter l'activité médicale. Ces différentes options sont généralement articulées les unes aux autres, soit parce que les médecins expérimentent différentes solutions avant de se décider, soient parce qu'ils et elles cumulent simultanément plusieurs modalités de travail.

Pour comprendre les différentes configurations possibles de changement de modalités d'activité, les parcours sont analysés ci-dessous au regard des dispositions sociales des médecins corrélées à leurs aspirations professionnelles qui sont diversement impactées par une charge importante de travail, une patientèle estimée compliquée ou une articulation difficile entre leur travail et leur vie personnelle. Les « solutions » mises en place par ces médecins peuvent en effet être lues comme des ajustements de leur conditions de travail pour se maintenir (ou non) dans une carrière médicale tout en limitant ses effets délétères, en lien avec leurs socialisations primaires, leurs parcours de formation initiale, leurs expériences professionnelles, leur rapport au travail et les expériences qu'ils et elles ont pu avoir des effets du travail sur leur santé. L'analyse de cas ci-dessous proposée entend illustrer ces différents ajustements.

2. L'homéopathie, une manière de lutter contre la charge mentale imposée par la pratique en milieu populaire

Jacques, 63 ans a grandi en Seine St Denis. Son père était chef de chantier et sa mère « ne travaillait pas ». Secrétaire dans une entreprise publique belge, elle s'est arrêtée de travailler pour se consacrer à l'éducation des enfants. Marié à une enseignante en civilisation chinoise dans une université parisienne, Jacques et sa femme ont deux enfants qui ont été scolarisés à A. (une ville moyenne de Seine Saint Denis) jusqu'au collège (public), puis à l'Ecole alsacienne, dont les valeurs humanistes correspondaient aux attentes éducatives du couple. A l'issue de ses études, il s'installe d'abord en tant que généraliste dans le 15ème arrondissement de Paris, localisation qu'il apprécie beaucoup car il y rencontre une patientèle qu'il qualifie de gratifiante (« des politiciens », « des éditeurs ».).

Toutefois, sa femme souhaite revenir habiter à A., ville dont elle est originaire. Jacques ne s'y sent pas épanoui et continue d'exercer quelques temps dans le 15^{ème} arrondissement.

« Je n'ai jamais aimé A. (rires). Et je ne me suis jamais intégré. [Enquêtrice : Et qu'est-ce qui fait que vous y êtes resté ?] Ma femme. [...] Parce qu'il y avait toute sa famille, il y avait tout le monde, il y avait un côté pratique. Et vous savez « ce que femme veut... » donc c'est très compliqué. Si on veut garder sa femme, on reste à A.».

Malgré une aversion pour cette ville, il finit néanmoins par y installer son cabinet, ce qui lui permet de s'occuper plus facilement de ses enfants.

« C'était simple, je calquais mes horaires sur mes enfants. Le matin, je commençais à 8h30, je les amenais à l'école, je terminais mes consultations pour 11h30, j'allais les chercher, je mangeais avec eux, je les ramenais à 13h, je commençais mes consultations. Et le soir, c'était ma femme qui s'en occupait. »

La clientèle (plus populaire) qu'il juge moins éduquée, moins originale et moins intéressante intellectuellement que dans la 15^{ème} ne lui convient pas. Il décide alors de débiter des consultations en homéopathie, pratique à laquelle il s'était formé quelques années auparavant, à l'origine « sans vraiment y croire », (il évoque de la « bidouillothérapie »), sous l'influence de sa femme et d'un ami avec qui il découvre les médecines alternatives lorsqu'il est étudiant.

« Je me suis éloigné de la structure hospitalière tout en me demandant ce que j'allais faire parce qu'à 17 ans, je me suis dit qu'il y a une chose que je ne ferais pas c'est l'homéopathie et l'acupuncture. [...] Et puis, j'étais avec un ami en quatrième année de médecine ou en cinquième année de médecine qui m'a dit « viens, on va faire de l'acupuncture, ça a l'air pas mal ». Comme c'était vraiment un ami, j'ai dit « bon, je vais te suivre, je vais aller avec toi pour voir ». Il a arrêté au bout de trois mois et moi j'ai fait trois écoles d'acupuncture. Et puis après, j'ai rencontré ma femme qui m'a dit « je me soigne à l'homéopathie depuis tout le temps, c'est bien l'homéopathie ». Il faudrait que je connaisse déjà bien l'allopathie (rires). Bon, vous savez comment sont les femmes, elles ont une influence certaine. Et donc finalement j'ai fait de l'homéopathie, je me suis inscrit à une école.

Finalement, le secteur 2, la consultation exclusivement sur rendez-vous et la pratique homéopathique contribuent à sélectionner socialement sa clientèle, dans un territoire pourtant populaire.

« Sur ma plaque il y a écrit « homéopathie ». Je traite donc les gens par homéopathie. Les gens, c'est plutôt des gens bien élevés, respectueux du médecin, classe socioéconomique moyenne et supérieure mais ce n'est même pas ça. Quand je dis « bien élevés », c'est des gens où il y a un respect mutuel, où on écoute ce qu'on vous dit et on en tient compte. On échange aussi c'est-à-dire qu'il y a de la contestation mais de la contestation saine. Je ne me fais jamais insulter, jamais embêter par les malades, rien du tout. Quand on est médecin et qu'on est thérapeute, il y a un rapport de confiance. »

En parallèle de son activité en homéopathie et pour compenser la perte de revenus engendrée par la diminution du volume de consultations, Jacques fait de l'expertise pour les assurances. Il gagne environ 3 000 euros par mois pour son activité d'homéopathe et 7 000 pour son expertise aux assurances. Il juge toutefois cette activité lourde mentalement, les patient-es étant souvent dans la défiance.

La trajectoire de Jacques rend compte d'une ascension sociale heureuse lorsqu'il est dans le 15^{ème} arrondissement, ascension qui se trouve quelque peu mise en question par son installation à A., au contact d'une patientèle populaire jugée moins « intéressante ». La réorientation vers la médecine homéopathique est moins une vocation ou une évidence, comme ce fut le cas pour Michelle, l'une de nos enquêtée qui associe sa découverte de l'acupuncture à un « appel », qu'un moyen d'ajuster (à nouveau) sa patientèle à ses aspirations sociales, un compromis lui permettant à la fois de passer plus de temps auprès de ses enfants et de ne pas perdre le sens de ce qu'il aime dans son travail, à savoir les rencontres avec des personnes qu'il estime intéressantes. L'expertise aux assurances s'inscrit dans une stratégie bien différente de préservation de revenus relativement élevés. Ce niveau de vie lui permet notamment le paiement d'une école privée parisienne prestigieuse pour l'ensemble de ses enfants, assurant ainsi la poursuite de l'ascension sociale familiale.

L'ajustement professionnel d'Eloise est différent. En effet, héritière par ses parents médecins d'un modèle de médecine générale à l'ancienne, ce sont des problèmes de santé qui la contraignent à réduire son temps de travail et elle préfère sortir de la médecine générale en pratiquant l'acupuncture et l'hypnose plutôt que de trahir les valeurs de la médecine générale qui lui ont été transmises par ses parents, auxquelles elle adhère et qui donnent sens à son implication professionnelle.

3. Pratiquer la médecine alternative pour préserver sa santé, sans trahir les valeurs de la médecine générale

Eloise a 41 ans. Mariée à un informaticien et professeur d'aïkido, elle a trois enfants adolescents. Une de ses soeurs est également généraliste, spécialisée en cancérologie et l'autre institutrice. Elles travaillent et habitent toutes les trois dans la même rue. Les parents d'Eloise étaient médecins généralistes dans un petit village alsacien et exerçaient dans un cabinet localisé au sein même de la maison familiale. Leur activité médicale était très diversifiée telle que le fait d'habiter à la campagne à distance des spécialistes et des urgences l'impose : beaucoup de pédiatrie mais aussi de la gynécologie et de la médecine d'urgence (« sutures, frottis, accouchements, etc »). Leurs journées de travail étaient longues et le cabinet offrait des horaires de consultation très étendus grâce à une répartition du travail entre d'un côté le père d'Eloise qui travaillait de 6h à 17h ou 18h et se chargeait des visites à domiciles et de l'autre sa mère qui travaillait de 10h00 à 21h voire plus tard en fonction des patient-es. Cette gestion leur permettait de se relayer pour s'occuper de leurs enfants.

Ayant grandi dans ce contexte, Eloise se dit habituée depuis l'enfance aux rythmes professionnels qu'impose la médecine générale aux familles ainsi qu'à l'imbrication entre vie personnelle et vie professionnelle.

« Quelque part, la médecine avait toujours fait un peu partie de notre vie de famille, puisque on habitait sur place. (...) Donc le dimanche, ils sonnaient. Je me suis fait mal, le petit a mal à l'oreille, donc nous les vacances, on partait pour que les gens ne les voient pas et ne les sollicitent pas, mais on allait à la messe, ils venaient dire docteur, il faudra venir lundi matin, ça ne va pas mieux, voilà. Moi j'étais tout à fait préparée à cette intrication entre la vie professionnelle et la vie familiale parce que j'ai toujours connu ça. »

Elle obtient son baccalauréat sans difficulté puis le concours de médecine dès la première année en arrivant 8^{ème}. Elle explique avoir énormément travaillé et avoir adopté une vie « monacale » pour y parvenir. Cette réussite est aussi à mettre au crédit d'un puissant investissement parental, aussi bien en termes de conseils avisés et répétés pour socialiser leur fille au sacrifice qu'exige ce type de

parcours (ses parents l'avaient par exemple prévenue : « c'est 9 mois, tu fais que ça que ça, si tu dois l'avoir tu l'auras, si tu ne l'as pas, tu n'auras pas de regret, tu sauras que tu n'aurais pas pu faire plus... ») qu'en termes financiers et matériels, puisque non seulement elle n'a pas eu à travailler pour vivre et financer ses études mais encore ses parents assumaient l'ensemble des tâches annexes (nourriture, lessives, transport etc.) afin de lui permettre de se concentrer sur ses apprentissages scolaires.

« J'avais un petit studio à côté de la fac pour ne pas perdre trop de temps dans les transports, dans le train et j'ai eu des conditions vraiment idéales, moi je rentrais en train le vendredi soir avec ma bassine de linge sale que je posais dans le couloir, j'avais ma liste de courses avec ce dont j'avais besoin et ils me déposaient chez moi le dimanche soir avec ma bassine pleine, mes habits propres mes tuperwares pour la semaine.... »

Elle explique avoir continué à beaucoup travailler et à se priver des aspects festifs de la sociabilité étudiante (soirées, des sorties, etc.) bien au-delà de la première année de médecine. Durant son externat, elle a tenu à éviter les stages en CHU, peu disposée à apprécier « les blagues au-dessous de la ceinture », le fait « de devoir attendre comme un piquet », de « se faire engueuler » pour des erreurs qui ne sont pas de son fait. Elle s'est donc tournée vers des hôpitaux périphériques pour ses stages hospitaliers.

Eloïse commence à travailler dans le cabinet de ses parents pour la première fois en tant que médecin au moment de faire des remplacements et très vite, elle en devient associée. Au même moment, sa sœur qui était en internat de cancérologie renonce à sa spécialisation (grâce au dispositif droit de remord) pour se réorienter en médecine générale dans l'optique d'exercer avec sa sœur et ses parents dans le cabinet familial. Eloïse travaille selon le modèle parental c'est à dire avec une imbrication très forte de sa vie professionnelle dans sa vie personnelle, une amplitude horaire de travail très importante et une disponibilité quasi permanente pour ses patient-es. Sa maison est aménagée de façon à pouvoir se préserver des espaces et moments de tranquillité le week-end si elle le souhaite (en plaçant le jardin à l'arrière, à l'abri du regard et des interpellations des passant-es), ce qui implique aussi la réciproque, à savoir que si elle le souhaite, elle peut y recevoir les patient-es le soir tard, les week-ends ou pendant les vacances. Comme ses parents qui partaient ailleurs pendant les vacances pour couper avec la patientèle, la seule solution pour véritablement parvenir à ne pas répondre aux demandes des patient-es en dehors des horaires de travail est « de ne pas être là », ce qui veut dire non seulement ne pas être dans son cabinet de travail mais aussi ne pas être dans son espace de vie personnel.

« Si je ne suis pas là, je ne suis pas là, mais si je suis là, quelqu'un qui tombe dans la rue et qui vient sonner, j'ai toujours été contente de le dépanner en faisant un pansement ou de lui faire une suture pour qu'il ne soit pas obligé de poireauter des heures à l'hôpital, je sais que c'est quelque chose qui est lourd pour beaucoup de collègues, mais moi comme je le savais, on a construit la maison en conséquence, on a tout le jardin sur l'arrière de la maison, donc je peux faire semblant que je ne suis pas là si j'ai envie... [...] Pendant le COVID, j'avais fermé le cabinet, mais j'avais gardé le téléphone. Et donc les gens m'appelaient, me demandaient des conseils et pendant la cuisine, je répondais, ça ne m'a jamais... Pour moi, ça va avec le statut, on est médecin, on est là pour rendre service. »

Deux facteurs lui ont permis de se rendre à ce point disponible pour ses patient-es: d'une part son mari, à son compte dans l'informatique, flexible sur ses horaires de travail en dehors de ses heures de cours d'Aikido, qui peut s'occuper des enfants et d'autre part le fait d'habiter à proximité (juste

en face) du cabinet médical, ce qui lui permet de rentrer chez elle entre deux consultations ou bien de retourner tardivement au cabinet pour arranger un·e patient·e qui ne peut se rendre disponible en journée.

« Ce qui est pratique aussi, c'est que j'habite juste en face du cabinet, donc je pouvais rentrer, coucher les enfants, et quelqu'un qui me disait voilà je termine aujourd'hui à 21 heures, si j'étais décidée, c'est moi qui décidais si j'étais prête à faire l'effort ou pas, mais si je trouvais que c'était justifié... Ou j'ai une dame qui me fait une infection urinaire, je ne vais pas l'envoyer aux urgences pour une infection urinaire ! Si elle travaille qu'elle a une réunion et qu'elle finit à 21 heures 30, ce n'est pas sa faute ! Donc moi à ce moment-là je rentrais chez moi je faisais manger les enfants et je retournais au cabinet pour la recevoir. Donc la femme de ménage elle avait l'habitude de me croiser et de ne pas faire trop de bruit pendant que j'avais mon dernier patient ! »

Elle n'a jamais souhaité travailler les mercredis après-midi afin de pouvoir s'occuper de ses enfants et de les emmener à leurs activités : « Je fais le chauffeur je dis à mes patients je ne peux pas travailler parce que je fais le chauffeur ! Je les amène à la danse à la musique ». En parallèle de son activité professionnelle, elle est engagée dans une association de défense de l'environnement. Membre du conseil d'administration de l'école de musique de ses enfants, elle a aussi été conseillère municipale et mandatée à la communauté de commune (elle a cessé cette activité suite à un changement de maire, à un différend avec ce dernier et au moment de la réorientation de son activité professionnelle). L'implication très conséquente d'Eloïse dans son travail lui convient bien tant qu'elle travaille en famille, avec ses parents et avec sa sœur fraîchement associée. Toutefois, ce qui était acceptable voire recherché et valorisé dans une synergie familiale ne l'est plus dès lors que des personnes extérieures entrent dans le cabinet. Déjà, sa sœur ne partageait pas autant qu'elle la vision sacerdotale du travail de médecin, dévoué·e corps et âme à ses patient·es et avait des limites plus strictes entre le travail et le hors travail ainsi qu'un planning de travail sur rendez-vous lui permettant d'organiser ses journées. Pas toujours d'accord sur la manière de gérer le cabinet et d'envisager la médecine, leurs parents étaient toujours là « pour arrondir les angles » et régler leurs différends en famille. La question s'est en revanche posée de manière très différente dès lors que ses parents ont pris leur retraite et qu'il a fallu recruter de nouveaux entrant·es, dont une amie de sa sœur et d'autres jeunes médecins qui partageaient tou·tes ce qu'Eloïse nomme la « vision planning » de l'activité. Ses parents ont fait construire une extension dans leur maison afin de pouvoir accueillir deux médecins supplémentaires car « il fallait deux médecins pour les remplacer puisque mes parents ils faisaient, moi aussi, on faisait 70 heures par semaine », ce qui équivaut à être cinq voire six médecins selon les périodes pour assumer une activité qui était auparavant assumée à trois.

Progressivement, Eloïse se retrouve à recevoir en consultation tou·tes les patient·es qui viennent en urgence, en dehors des créneaux ou « qui ont besoin de parler » alors que ses collègues reçoivent des patient·es moins lourd·es, qui viennent par exemple pour un renouvellement d'ordonnance, ce qui prend peu de temps. C'est ainsi que là où elle attendait du recrutement de nouveaux médecins une diminution de sa propre charge de travail, Eloïse se retrouve à éponger les patient·es de ses collègues (faute d'être en capacité de leur refuser une consultation tardive et de les renvoyer vers les urgences ou vers SOS médecins). L'écart qui ne cesse de se creuser entre elle et ses associé·es et sa charge de travail ne cesse d'augmenter.

« Les gens le savaient, ils venaient chez moi quand ils avaient besoin de parler, et ils venaient chez les autres quand ils avaient juste besoin en cinq minutes de renouvellement d'ordonnance. Et au fur et à mesure, moi je me retrouvais avec des consultations un peu à rallonge. »

Jusqu'alors, elle était habituée à ne pas s'arrêter de travailler coûte que coûte, même lorsque sa santé aurait pu le nécessiter : lors de ses grossesses, elle a travaillé jusqu'au jour de l'accouchement et a repris le travail seulement un mois après. Mais là encore, ce qui était acceptable pour elle à un moment ne l'est plus (y compris pour son corps) dès lors que la configuration professionnelle a changé. Elle commence à avoir des problèmes de santé invalidants et qui impactent sa pratique professionnelle autant que sa vie personnelle. Elle se trouve atteinte d'hypersomnie, avec un besoin de 15 heures sommeil par jour « ce qui est difficilement compatible avec une vie professionnelle et 3 enfants ». Elle demande à ses collègues de pouvoir rééquilibrer leurs activités respectives afin que « chacun prenne en charge uniquement ses propres patients ». Confrontée à un refus de ce qui aurait constitué pour ses collègues une augmentation de leur charge de travail qui n'était pas souhaitée dès le départ, elle ne se sent pas soutenue : « J'avais besoin de...et les collègues me disaient bah oui, moi aussi j'étais fatiguée quand j'étais de garde, zéro compassion ». Elle cherche alors des solutions pour tenir le rythme malgré tout et trouve un médicament « miracle » : le modiodal qui est sensé compenser le manque de sommeil.

« Je me suis dis, moi je suis crevée, mais je suis crevée parce que je fais 70 heures par semaine, parce que j'enchaîne les gardes, parce que j'ai trois enfants, parce que ... Mais si je pouvais me doper avec ce modiodal ça serait pas mal ! Donc je suis allée le voir (un médecin spécialiste du sommeil) en consultation en lui disant 'j'aimerais me doper au modiodal pour tenir le rythme le temps que les enfants sont petits est ce que vous voulez bien m'expliquer comment ça marche ?' (...) Il m'a prescrit le médicament et ça a vraiment transformé ma vie, je me sentais vraiment, vraiment beaucoup mieux. Avec ce traitement.

Enquêtrice : est-ce que vous prenez toujours ? C'est à vie ce traitement ?

Eloise : c'est à vie parce que l'hypersomnie, ça ne guérit pas. (Voix réjouie) Sauf que depuis que je ne fais plus de médecine générale, j'ai un rythme beaucoup plus cool et je n'ai plus de traitement ! »

Quelques temps après ses premiers problèmes de sommeil, son dopage au modiodal et la non diminution de sa charge de travail, Eloise fait un AVC, bien qu'elle ne présente « aucun facteur à risque à part la pilule et le stress ». Ce qu'elle nomme son « petit AVC » ne l'a pas empêchée de continuer à travailler dès son retour d'hospitalisation. Peu après, c'est d'une pneumonie dont elle souffre et là encore, elle ne s'arrête que deux heures, le temps d'aller faire une radio. Une année après l'AVC qu'elle a malgré tout pris « comme une alerte », elle décide d'aménager son activité de médecine générale en s'appuyant sur la formation en acupuncture qu'elle avait suivie dans l'optique de soigner les zones sans pour autant en faire son activité principale.

« J'ai mis un an quand même pour que je chemine et que je me dise voilà, il vaut peut-être mieux être raisonnable et arrêter la médecine générale avec ces problèmes d'organisation en plus. (...) On en discuté avec mon mari, on dit ben voilà, c'est clair que la médecine générale il y a beaucoup de stress, c'était au moment où on discutait comment on s'organisait et on a dit on préfère avoir moins de sous, ne plus partir en vacances plutôt que dans deux ans je fais un gros AVC j'y reste ou je suis paralysée. »

Elle débute l'hypnose pour soigner une patiente puis l'acupuncture, comme Jacques, sans trop y croire au départ.

« Donc moi j'ai commencé ma formation en me disant ça ne marche pas, mais c'est juste utile pour traiter le zona et en fait je me suis rendue compte que ça apportait vraiment quelque chose aux patients et qu'ils étaient et qu'après, ils prenaient moi de médicaments, ils se sentaient mieux, etc. J'en ai fait de plus en plus. »

Progressivement, elle arrête de pratiquer en médecine générale et quitte le cabinet pour s'installer chez elle, dans sa cave, où elle a davantage d'espace. Elle ne fait elle-même que rarement le lien dans l'entretien entre la fatigue, les problèmes de santé et la reconversion, ni entre sa volonté de mieux contrôler son planning et son orientation vers une médecine alternative. Pour Eloïse, le passage à l'acupuncture et à l'hypnose apparaît comme une forme d'aménagement légitime du périmètre de la médecine générale, en cohérence avec ses valeurs (elle est lectrice de la revue « prescrire » qui incite à ne pas prescrire trop de médicaments), qui lui permet de réduire ses horaires et de gérer son emploi du temps (les urgences n'étant pas traitées par ces approches), et ainsi de préserver sa santé, tout en s'occupant de manière plus sereine de ses enfants, sans pour autant trahir son idéal de dévouement corps et âme du médecin de famille auquel elle semble si attachée.

Néanmoins, sortir du secteur conventionné représente un risque financier notoire pour les praticien·nes qui proposent des consultations longues comme c'est le cas en hypnose et en acupuncture et qui voient moins de patient·es dans la journée, tout ne percevant pas d'aides de l'état. C'est un risque qu'Eloïse accepte de prendre conjointement avec son mari, afin de préserver sa santé et parce que le couple ne prétend pas à un train de vie trop élevé. Elle propose des séances d'hypnose relativement courtes (d'une demi-heure) à 50 euros la séance et trouve une stratégie de contournement en ne sortant pas du secteur conventionné pour les séances d'acupuncture qu'elle fait payer 18 euros, ce qui par ailleurs est mal jugé par ses collègues médecins acupuncteur·trices qui l'accusent de dévaloriser la profession en ne pratiquant pas de dépassement. Elle justifie ces tarifs se disant « très contente de travailler sans dépassement d'honoraires » par des arguments éthiques et la promotion d'une médecine accessible à tou·tes.

La trajectoire d'Eloïse est intéressante à mettre ne regard avec celle de Géraldine qui a 34 ans au moment de l'entretien et qui est elle aussi sortie d'une activité exclusive de médecine générale, mais à un autre moment de sa carrière, de sa vie personnelle et dans un autre état de santé. Comme Eloïse, Géraldine a des médecins dans la famille¹⁰¹. Toutefois, ce qui les oppose profondément, c'est leur vision de la médecine. Si elles prônent toutes les deux des consultations plutôt longues, Eloïse revendique une disponibilité permanente pour le ou la patient·e et explique que dans sa famille « on ne sait pas dire non » de génération en génération. Géraldine de son côté valorise son aptitude à « savoir poser des limites » (ses limites personnelles, les limites de son travail, les limites de ses horaires). De plus, là où Géraldine explique qu'elle a été suivie depuis la période de ses études par des psychologues et des psychiatres malgré les difficultés que cela pose lorsqu'on est médecin, Eloïse raconte qu'elle ne s'est jamais vraiment arrêtée de travailler, après son AVC, lorsqu'elle était enceinte, après sa pneumonie et ce n'est que le cumul de ses troubles de santé qui l'a poussée à réorienter sa pratique médicale de la médecine générale.

4. Sortir de la carrière médicale, lorsque mettre des limites à son activité devient trop usant

Géraldine n'a pas d'enfant et son conjoint est lui aussi médecin généraliste. Se sentant exploitée, elle a vécu ses études de manière très violente. Devoir enchaîner les nuits de gardes et les journées de travail hors du cadre réglementaire et sans se plaindre ne lui convenait pas. A l'inverse d'Eloïse, elle a pris à cœur de poser des limites à ses maitres·ses de stage dès l'internat, en quittant par exemple l'hôpital une heure plus tôt (comme convenu avec son chef de service au préalable) pour aller à son

¹⁰¹Elle ne souhaite pas préciser de qui il s'agit.

rendez-vous avec le psychologue, alors que des patient·es venaient d'arriver aux urgences et que son chef était revenu sur sa décision de la laisser partir plus tôt. Elle explique par ailleurs que cette impossibilité à « dire non » au flot de patient·es sans médecins, se forge dès les études et les stages de médecine en lien la position subordonnée des étudiant·es qui ne sont pas supposé·es se soustraire, et encore moins entrer en contradiction avec l'autorité du ou de la chef·fe de service. Ainsi, un tri serait effectué entre celles et ceux qui sont capables d'accepter ce que Géraldine juge comme étant de l'asservissement durant les études et ceux qui n'y parviennent pas. Les premier·es seraient selon elle plus aptes par la suite à se dévouer corps et âme à leur patient·es, à travailler sans regarder l'heure, alors que les autres, comme elle, serait davantage disposé·es à maîtriser leur charge de travail et par conséquent leurs horaires, voire même à quitter la carrière de médecine générale. Dès sa formation initiale, elle décrit le fait d'avoir à poser des limites (et à se battre constamment pour les maintenir) comme usant et fatiguant.

« On nous sollicite de plus en plus, de plus en plus, de plus en plus mais en même temps on n'est pas Dieu, on ne peut pas tout faire. Mais ce n'est pas entendable par la société. On n'a pas le droit de dire qu'on ne peut pas tout faire. Et de voir cette souffrance qu'on a en face parce que c'est des gens qu'on a en face, et qu'on ne peut pas accompagner parce que ce n'est pas possible techniquement. Il faut qu'on trouve une solution et la solution c'est que le médecin travaille pour fort, plus dur et qu'il prenne moins de plaisir en travaillant, et qu'il soit en souffrance. C'est quelque chose de fatal. C'est possible de poser des limites, on est d'accord mais ça demande une... (elle réfléchit), il y a toujours trop de demandes et c'est usant, c'est fatiguant. Moi, à un moment, j'en ai ras-le-bol. »

Géraldine a assuré plusieurs remplacements de médecins libéraux en même temps qu'elle faisait des vacances. Elle ne souhaite pas s'installer, considérant qu'une fois installé·es, les médecins sont contraint·es de participer au tour de garde et que les gardes sont d'autant plus nombreuses qu'on est en milieu rural sous densifié médicalement. Cette médecine ne lui convient clairement pas. Pour exercer une médecine en accord avec ses valeurs, elle a besoin de se « respecter » elle-même. Elle déplore aussi l'augmentation de la demande de certificats aux médecins généralistes, engageant leur responsabilité et le risque de retournement (voire de procès) contre les médecins. En parallèle de ses remplacements en libéral, elle faisait des vacances en PMI où les horaires étaient « plus lights et fixes », mais où la lourdeur émotionnelle des situations rencontrées était pesante pour elle. Comme nous l'avons dit, elle est suivie en psychothérapie depuis ses études, malgré la difficulté que cela représente pour les médecins : être suivi en psychiatrie ou être arrêté pour burn out crée un « antécédent psychiatrique » à la caisse de prévoyance des médecins qui rembourse alors moins de frais médicaux. Alors qu'elle se posait des questions quant à la suite à donner à son orientation professionnelle et qu'elle estime avoir été très peu écoutée par les pouvoirs publics quant à ses besoins, la crise sanitaire liée à la covid 19 a joué comme élément déclencheur dans sa décision d'arrêter complètement la médecine pour se diriger vers des activités de coaching.

En définitive, Géraldine correspond parfaitement au modèle de jeunes médecins qui ne souhaitent plus travailler selon le modèle de leurs prédécesseurs.

« Je pense que j'étais très au clair sur le fait que je ne voulais pas me sacrifier pour mon boulot. Oui j'ai envie de soigner des gens, oui j'ai envie de les accompagner, oui j'ai une vraie vocation là-dessus mais par contre je veux me respecter moi aussi. Ce n'est pas en me mettant mal que je vais tenir là-dedans et ce n'est pas ce dont j'ai envie. Du coup, j'étais très ancrée là-dedans.

Ça fait partie de mes valeurs, c'est quelque chose que j'ai tenu et que j'ai brandi un peu comme un étendard. »

Ayant été dans l'impossibilité de fonctionner « à sa manière » dans un univers médical encore largement dominé par la norme d'un dévouement au travail et à la patientèle sans limites, elle a préféré quitter sa carrière médicale et se reconvertir, tout comme Eloïse a aménagé son exercice de la médecine générale pour faire de l'acupuncture plutôt que de continuer dans la médecine générale en trahissant son éthique de dévouement à la patientèle.

5. Le salariat, une alternative lorsque la santé est menacée

Margaux a 39 ans. Elle a deux enfants en garde alternée avec son ex conjoint. Une dépression associée à une phase anorexique durant ses études marque chez elle le début d'une carrière dépressive où s'enchaînent épisodes dépressifs, burn out et infections pulmonaires graves dès lors que le niveau de stress lié à son travail la déborde ; dans les moments où la charge de travail devient trop importante (elle est aussi chargée de la comptabilité du cabinet de groupe dans lequel elle exerce), quand elle doit prendre en consultation certain-es patient-es qu'elle n'apprécie pas, ou parce qu'elle est en conflit avec la psychologue du cabinet. Ces épisodes dépressifs finissent par être diagnostiqués. Arrêtée plusieurs années et mise sous traitement, chaque reprise du travail en libéral marque le retour d'une infection pulmonaire. Elle se réoriente alors vers une activité salariée de médecin scolaire qui lui convient mieux.

« J'ai repris le boulot en salarié avec des vacances scolaires, je ne travaillais pas le week-end, je n'avais pas de garde ni toute seule ni à l'hôpital, avec des horaires qui paraissaient convenables. [...] C'était des contrats de 10 mois et pendant 2 mois on était au chômage. »

Toutefois, elle estime que la charge de travail est à nouveau trop intensive pour pouvoir « bien faire son travail » et qu'il faudrait plusieurs médecins pour couvrir l'ensemble des groupes scolaires dont elle a la charge seule. Elle demande alors à passer à mi-temps avec la moitié du secteur scolaire dont elle s'occupe, ce qui lui est refusé. Elle décide alors de ne pas renouveler son contrat et de sortir définitivement de la carrière médicale. Au moment de l'entretien, elle se forme à l'hypnose et a pour projet d'enseigner la danse et de développer une activité de thérapie par la danse, ce qui lui semble plus ajusté à ses aspirations initiales (elle voulait exercer un métier manuel ou artisanal) qui avaient été contrariées par ses parents. Comme Géraldine, elle estime qu'elle sera plus efficace dans l'accompagnement et le soin en dehors du cadre strictement médical. Le cas de Margaux illustre la manière dont les socialisations s'emboîtent et la manière dont elles peuvent se renforcer (ou dans d'autres cas se contrecarrer). En effet, Margaux n'a pas eu une scolarité « très heureuse », elle a, adolescente, subi du harcèlement de la part de ses camarades. Élève modèle dans un collège privé du 93, ayant un an d'avance et une croissance tardive, elle est considérée comme une « bouffonne » car elle était toujours en tête de classe. Son passage en 5^{ème} a représenté pour elle une transition pour ces raisons. Une fois en classe préparatoire, où elle n'est acceptée que parce qu'elle venait d'un lycée privé du 93 et qu'elle avait un an d'avance, elle s'effondre, confrontée à un autre univers. Elle termine avec un très mauvais classement et aurait souhaité s'orienter vers une école d'art, mais, les inscriptions étant fermées, elle fait médecine où se déclenche son premier épisode dépressif.

Coline, âgée de 43 ans, mariée, avec un enfant, a également subi de multiples épisodes dépressifs depuis la mort de son père durant ses études, puis lorsqu'elle travaillait en libéral en zone sous dense médicalement. Son père décède d'un cancer alors qu'elle est complètement engagée dans les concours et elle ne peut pas faire son deuil, d'autant plus que son père lui avait caché être malade. Lorsqu'ensuite elle se retrouve dans la situation de face à face médecin patient, fortement ébranlée

par ce qui a constitué pour elle une rupture biographique, elle craint de commettre des erreurs et de laisser passer quelque chose. Elle réactive sans cesse à travers la situation présente des angoisses qu'elle a connues au moment de la mort de son père et notamment, l'impression que quelque chose peut lui échapper et causer des dommages irréversibles dans les familles. Surchargée de travail, elle avait peur de ne pas être en mesure de répondre aux exigences de son métier. Hospitalisée à plusieurs reprises en hôpital psychiatrique, elle « rechutait » régulièrement. Elle a alors décidé de basculer vers un emploi salarié en centre municipal de santé dans l'optique de préserver sa propre santé en maîtrisant sa charge de travail et en ayant la possibilité de s'arrêter lorsque son état mental le nécessitait. Depuis, elle se dit plus apte à pouvoir gérer son travail et sa vie de famille. L'activité salariée permet de contenir les débordements de son activité médicale qu'elle n'était pas en mesure de cadrer elle-même. Comme Eloïse, elle n'a pas appris à « dire non ». Le salariat limite en outre ses variations d'humeur en minimisant les plongées dépressives.

« Et voilà. Et donc, depuis mars 2017, je suis salariée dans ce centre de santé municipal, qui dépend de la mairie, qui est dans le Rhône, moi j'habite R., qui est à 40 minutes de route, quand même, de chez moi, donc c'est le seul point négatif par rapport au travail que je trouve, euh depuis il y a eu des petites rechutes au niveau moral, mais rien à voir avec tout ce qui avait eu par le passé, et j'ai pu m'arrêter que 2 ou 3 semaines au moment des rechutes, j'ai même eu des rechutes où j'ai pas eu besoin de m'arrêter, il a juste fallu s'organiser au niveau personnel pour avoir moins de choses à gérer et actuellement, ben, je suis vraiment contente du travail dans lequel je suis parce que effectivement, il y a un cadre horaire que je ne respecte toujours pas, qui est plus cadrant quand même que celui que je me mettais toute seule, euh, où je reste dans une zone désert médical, ça reste compliqué au niveau de la pression du travail, mais on est aussi, il y a beaucoup de jeunes à temps partiel, on a aussi une même façon de voir un peu les choses, et puis, on se soutient, il y a des réunions régulières, et puis voilà, on se fait un peu une thérapie de groupe de temps en temps quand c'est nécessaire, voilà. »

De telles conditions d'ajustement professionnel rappellent la trajectoire d'Hélène, dont nous avons parlé plus haut. Agée de 36 ans, elle a fait de nombreux remplacements jusqu'à sa grossesse, épisode à l'origine d'une sévère dépression du post partum non traitée et qui s'est largement aggravée avec la reprise du travail dans lequel elle perdait de plus en plus confiance en elle et faisait des erreurs. Mais son désenchantement est antérieur : elle perd aussi son « *illio* » professionnelle, nous l'avons vu, lorsqu'elle découvre le peu d'empathie de ses patients alors qu'enceinte, elle s'épuise à faire des remplacements et des déplacements.

Elle a aussi trouvé refuge dans le salariat hospitalier avec un poste à mi-temps dans une unité psychiatrique.

« J'ai trouvé un poste en salarié comme médecin généraliste dans une unité de psychiatrie à V., à 30 minutes de chez moi et c'était trois demi-journées par semaine. Donc je me suis dit que c'était parfait pour remettre le pied à l'étrier même si ce n'était pas censé être pérenne parce que je ne gagnais pas grand-chose mais voilà. Et en fait, ça m'a beaucoup plu. C'était en novembre 2018 et un mois après, je regardais toutes les petites annonces, et il y avait un poste de médecin généraliste dans un service de psychiatrie dans un EPSM [Etablissement Public de Santé Mentale], là où je suis toujours actuellement [...]. Tout ça c'était début 2019 et il a fallu décider si je continuais ça ou si j'arrêtais pour m'installer en libéral. Je n'ai vu aucun argument pour continuer en libéral et beaucoup pour rester en salarié. Du coup, il y a un an, j'ai décidé de m'inscrire au concours de PH pour avoir un poste de titulaire parce que sinon c'est des CDD. Je l'ai passé cet hiver et j'ai eu le concours. Je vais être nommée en octobre. »

Avec ce changement professionnel, si le contenu du travail est plus routinier, elle est gagnante en termes de qualité de vie, de rythme et de relations au travail :

« Au niveau de la nature du travail, j'ai peut-être moins de variété, c'était peut-être intéressant, c'est un peu routinier, je ne suis plus en première ligne parce que c'est les psychiatres et moi j'interviens un peu comme des soins de support pour régler la médecine générale chez les patients qui sont hospitalisées. Mais j'ai tellement gagné en qualité de vie. J'ai des horaires beaucoup plus corrects, je fais 9h-18h au maximum, j'ai des collègues avec qui je m'entends très bien, c'est tous des psychiatres mais on s'entend extrêmement bien. On fait un restaurant avec trois collègues demain, c'est des trucs qui n'arrivaient jamais en libéral. J'ai tissé des liens, ça me manquait d'avoir une équipe autour de moi. Et c'est surtout la qualité de vie, ce n'est plus le même rythme où il fallait courir toute la journée, un stress énorme, une incertitude difficile à gérer, la solitude. »

Les avantages décisifs du salariat tiennent donc au collectif de travail et à la prévisibilité des horaires, plus compatibles avec la vie avec un jeune enfant.

« Ça faisait beaucoup peser sur mon mari ce genre d'organisation où on ne peut rien maîtriser. C'est aussi ce qui ne me plaisait pas du tout. Dans d'autres spécialités, ils ont leur bureau ouvert de telle heure à telle heure, et s'il faut finir à 18h, ils peuvent. Alors qu'en médecine générale, même en s'arrangeant, on ne peut jamais être sûr. Moi, je me souviens que j'ai dû louper des trucs importants parce qu'il y avait une urgence et qu'il fallait y aller. C'est pesant de se dire qu'on ne peut jamais être sûr qu'on va pouvoir se libérer, s'il y a un truc important pour son enfant par exemple, et ça commençait à me peser beaucoup quand j'ai eu mon mari et mon fils. »

Ces horaires de travail maîtrisés lui permettent également de retrouver « une vie sociale » qu'elle avait perdue dans l'exercice libéral :

« Des trucs tout bêtes, après avoir été salariée, j'ai pu retourner au cinéma. Les semaines où je remplaçais, je n'avais plus de vie sociale. [...] Avant, les horaires anarchiques ne permettaient pas de prévoir. Aller au cinéma, au restaurant de temps en temps, reprendre des petites choses, et avoir une vie sociale, ce que je n'avais plus du tout en fait. La plupart des gens que je fréquente ont fait comme moi, un Bac+5, et de voir que j'ai fait 9 ans d'études et tous les autres, cadres sup, ils bossent beaucoup mais peuvent prendre facilement une journée, finissent à 18h. Et moi, j'avais beau avoir été méritante, je n'avais pas tout ça. Mes amis cadres sup ont quand même une qualité de vie préservée. Même des instits, le soir, s'ils veulent, ils peuvent faire un truc et moi je ne peux pas. Ça me pesait vraiment. Je me disais que j'avais fait des choix de vie de merde parce que je suis coincée, je ne peux rien faire, je suis corvéable à merci pour les gens, je ne peux jamais rien faire pour moi. »

La comparaison des conditions de travail des médecins généralistes libéraux avec celles d'autres professions qualifiées est éclairante, d'autant que les écarts de revenus ne justifient pas aux yeux d'Hélène un tel investissement dans le travail. Dans son cas, le salariat et le service public mettent fin à une brève tentative d'exercice libéral marquée par l'expérience d'un fort désajustement avec un modèle professionnel qu'elle qualifie de « patriarcal » et étranger à cette fille d'enseignant-es en couple avec un ingénieur : les horaires de travail extensibles en médecine libérale lui apparaissent rapidement intenables, la grossesse et la dépression ne font qu'exacerber et rendre insupportables des tensions préexistantes.

Le choix du salariat n'est pas le seul fait de femmes ayant des problèmes de santé mentale. Le cas de Marc est à ce titre éclairant.

Marc, 42 ans, a trois enfants. Fils d'un ingénieur acoustique et d'une mère au foyer, il vit en couple avec une femme qui a débuté sa carrière comme podologue avant de se reconvertir dans la profession de professeur·e des écoles.

A l'issue de ses études médicales, en Bourgogne, Marc a « suivi » son épouse qui avait reçu une proposition d'installation en tant que podologue près de Blois, ville dont elle était originaire. Marc a alors fait quelques remplacements avant de s'installer à son compte dans un cabinet de groupe. En parallèle de son activité libérale, il exerce en tant que médecin prescripteur en EHPAD durant trois ans, puis passe sur un poste de médecin généraliste psychiatre en IME à 20 % de son activité, soit deux matinées par semaine. Il consacre une demi-journée par semaine (qu'il qualifie de « demi-journée de congés ») à faire de l'administratif, le reste du temps étant dédié à ses consultations en cabinet libéral.

Ce rythme de travail intense le pousse petit à petit à se poser la question de la conciliation avec sa vie de famille. Souvent le soir lorsqu'il rentre chez lui vers 21h00, en rapportant du travail administratif à la maison, ses enfants sont déjà couchés. Pour améliorer la situation, il a d'abord essayé de réduire son amplitude horaire. Cela s'est avéré difficilement réalisable dans la pratique en raison du manque de médecins aux alentours. Il ne pouvait pas laisser les patient·es sans médecin. De plus, les charges de son cabinet étant élevées, réduire son amplitude horaire et par conséquent le nombre de client·es par jour venait remettre en question la rentabilité et même l'équilibre financier de son cabinet. Il a ensuite tenté de réduire le temps de ses consultations afin de voir autant de patient·es tout en réduisant la durée de ses journées de travail. Mais, là encore, cela n'a pas été possible dans la pratique d'autant que le développement de la prévention obligatoire pour les généralistes a davantage contribué à rallonger le temps de consultation qu'à le réduire.

« D'autant plus qu'avec le développement de la prévention eux viennent...eux peuvent pour un motif mais nous... nous on peut avoir un motif, d'autres motifs qui nous paraissent importants et on nous demande de plus en plus...et c'est normal hein... de dépister des différentes pathologies, l'alcool les choses comme ça. Mais ça fait...ça rallonge la durée moyenne de consultation...Voilà c'est de plus en plus difficile d'avoir une consultation pour...heu homogène en terme de temps pour un seul...pour un sujet unique ça devient quasiment impossible quoi. »

Il a ensuite participé à monter un projet de maison de santé avec ses collègues médecins, qui ont aussi été les maîtres d'œuvre pour les travaux de construction sur un terrain appartenant à la mairie. L'intégration en MSP avait pour objectif entre autres de contenir son temps de travail et de lui permettre de prendre des vacances. Toutefois, au bout de quelques années, l'organisation et la gestion de la maison de santé lui paraissent compliquées à gérer. Il décide alors de quitter le libéral pour un poste salarié à plein temps dans un service de pédopsychiatrie à l'hôpital.

« Ça m'a paru trop compliqué à suivre...Trop compliqué et donc je me suis replié vers le confort relatif de l'hôpital on va dire. »

Par confort relatif de l'hôpital, il entend la diminution de ses horaires de travail qui sont maintenant de 9h00 à 17h00 contre 8h30 - 22h00 en libéral avec les samedis matins. S'il gagne moins d'argent, il gagne davantage dans le rapport salaire/heure travaillées avec les congés payés et les avantages sociaux du salariat en prime. Au moment de l'entretien, il n'a toujours pas trouvé de repreneur du cabinet qu'il a quitté en 2019.

De la même manière que pour Hélène, Coline, et Margaux, le salariat hospitalier est pour Marc une voie de sortie légitime de l'activité libérale lui permettant de contrôler son temps de travail et d'améliorer sa qualité de vie. S'il ne dit pas avoir présenté de troubles psychiatriques, il exprime néanmoins une fatigue omniprésente liée à sa charge et à ses horaires de travail en libéral.

6. Socialisation primaire et socialisation professionnelle

Comme le montrent ces parcours, face à la charge de travail et ses effets délétères, des médecins réorganisent leur modalité d'exercice, pour les un·es en réduisant leur volume horaire ou en déléguant une partie des tâches ; pour les autres en spécialisant leur activité pour (re)trouver une clientèle estimée moins « compliquée » ; pour d'autres encore, en s'orientant vers les médecines alternatives ou le salariat. Tou·tes tentent ainsi d'échapper au modèle de médecine générale « à l'ancienne » en procédant à divers ajustements. Si les femmes cumulent les difficultés face à ce modèle comme nous l'avons précédemment évoqué, les hommes n'y échappent pas et se montrent soucieux de trouver des modalités d'exercice en accord avec un mode de vie de famille dans laquelle les deux conjoint·es puissent poursuivre une carrière. Ils et elles ont le plus souvent procédé à des adaptations de leur travail pour se maintenir dans une carrière médicale à distance du modèle du sacerdoce médical dans l'objectif de préserver leurs conditions de vie et de travail et par là-même, leurs conditions de santé. Selon leurs dispositions, expériences, modes de vie et rapport au travail, les ajustements diffèrent tout en répondant à une même logique de préservation face aux effets délétères de leur exercice professionnel en libéral.

Si cette recherche d'un mode d'exercice compatible avec la préservation de la santé et de la vie personnelle et familiale est commune à l'ensemble des médecins de notre corpus, l'analyse des trajectoires sociales et professionnelles nous amène à distinguer plus particulièrement deux groupes de médecins :

- 1) Un groupe plus jeune (30-40 ans) et plus féminin, constitué d'enfants et/ou de conjoint·es de cadres du secteur public, et qui quittent la médecine libérale pour des formes d'exercice salarié de la médecine dans le secteur public (centre municipal de santé, PMI, centre d'IVG, médecine scolaire, hôpital dans des services de psychiatrie, gériatrie ou soins palliatifs) ;
- 2) Un groupe plus âgé (40-60 ans) et plus masculin, constitué d'enfants et/ou conjoint·es d'indépendant·es (agriculteurs, artisans) ou de membres de professions libérales (médecins), et qui aménagent leur exercice de la médecine libérale en montant un projet collectif de maison de santé (allégeant leur charge de travail par le partage de certaines tâches administratives et la délégation à des secrétaires de la gestion des rendez-vous et du téléphone) ou en acquérant une spécialisation (acupuncture, homéopathie, médecine du sport) qui leur permet de pratiquer des tarifs de consultation plus élevés en secteur 2 tout en diminuant leur temps de travail, et/ou de sélectionner une clientèle plus aisée.

Les cadres de la socialisation primaire semblent donc peser sur les formes de sortie et d'aménagement de la médecine générale libérale. La socialisation de classe façonne ainsi un rapport à l'argent qui distingue, d'une part, des médecins disposé·es à investir (dans des locaux, dans du matériel informatique, dans des diplômes complémentaires rentables dans le champ médical) et à recruter (des collègues, des secrétaires), et qui se sentent légitimes à pratiquer des tarifs de consultation à la mesure de leurs investissements et à ajuster leurs conditions d'exercice à leurs aspirations pécuniaires ; et d'autre part, des médecins partageant une proximité familiale au service public et

géné·es de demander un chèque de 25 euros pour avoir écouté un·e patient·e parler pendant 20 minutes (comme Brice) ou ne se sentant pas « l'âme d'un entrepreneur » (comme Caroline). Pour Brice comme pour Caroline, la traversée des études de médecine est caractérisée par un sentiment de désenchantement vis-à-vis d'un métier idéalisé, et d'étrangeté et de désajustement face à un monde social inconnu, puis l'expérience de la médecine libérale apparaît comme un coup d'essai, une parenthèse permettant d'éprouver leur désajustement par rapport à la dimension entrepreneuriale de la médecine libérale, et précédant ce qui se présente moins comme un repli que comme un retour à l'évidence du salariat pour ces jeunes médecins partageant une proximité familiale au service public. Matthias, fils de cadres du secteur privé, décrit au contraire une expérience enchantée des études de médecine, puis une découverte heureuse de la médecine libérale en raison de son adoption d'un modèle de pratique minoritaire dans la génération de médecins qui l'a formé, et caractérisé par un temps de travail réduit, une durée de consultation assez longue (20 minutes), des charges réduites, lui permettant d'assurer un niveau de revenu confortable (4000 euros) et comparable à ce qu'il gagnera en centre municipal de santé. S'il éprouve un certain désajustement par rapport au modèle professionnel libéral caractérisé par de grandes amplitudes horaires et la courte durée de consultations très nombreuses, il parvient à ajuster les conditions de l'exercice libéral à ses aspirations en termes de revenus.

La socialisation primaire constitue également une socialisation de genre, préparant inégalement les filles et garçons des classes supérieures à la fréquentation, tout au long de leurs études, d'une hiérarchie hospitalière masculine, puis à la confrontation avec un mode d'exercice difficilement compatible avec la vie familiale. Pour Margaux dont nous avons présenté la trajectoire dans ce chapitre, l'expérience du désajustement précède les études de médecine, et marque l'ensemble de sa scolarité : désajustement de classe pendant sa scolarité secondaire, puis désajustement de genre pendant des études de médecine marquées par la misogynie des chefs de service. L'attrait du salariat, chez cette fille d'enseignants dont les sœurs et le conjoint sont également fonctionnaires, procure une voie de reconversion vers la médecine scolaire après une expérience de l'exercice libéral qui semble n'avoir jamais été satisfaisante, et source de l'aggravation de problèmes de santé préexistants.

IV. L'enquête ergonomique. Souffrance mentale des médecins généralistes en zone désertifiée- Volet ergonomique¹⁰²

En complémentarité du volet sociologique, l'analyse ergonomique proposée à partir d'une enquête menée en zone rurale désertifiée et dont les résultats sont présentés dans ce chapitre, donne à voir les situations concrètes de travail de consultation et permet d'identifier, cette fois-ci grâce à l'observation au plus près de l'activité des médecins, les contraintes, tensions et difficultés rencontrées au quotidien dans l'exercice de leur métier mais aussi les régulations mises en œuvre pour y faire face.

A. Définition des déserts médicaux

1. Point de vue quantitatif : un indicateur APL

Une zone de désert médical est définie par un indicateur potentiel d'accessibilité aux soins (APL) qui est le croisement entre la proximité du médecin pour le patient et sa disponibilité, et intègre une estimation de l'activité des médecins et des besoins en fonction de l'âge de la population locale, ou encore de leur secteur de conventionnement. Cet indicateur de 2016 produit par la DREES ne semble pas suffisant pour caractériser les communes du département de l'Isère pour plusieurs raisons : la fluctuation en effectif des médecins (sortie du métier, déménagement, congés longues durées) et la démographie (vieillesse et départs massifs à la retraite de médecins qui ne trouvent pas de remplaçants) ne sont pas prises en compte, ni les particularités de la patientèle en termes de caractéristiques sociodémographiques et de pathologies tout comme l'environnement de travail du médecin en terme de réseau médical (maison médical, HAD, pharmacie, ambulance, infirmière à domicile, etc.). Les 10 médecins rencontrés (cf. figure 1) dans le cadre de cette recherche - volet ergonomique - ont été sélectionnés à l'aide du Conseil de l'Ordre 38, à partir d'une définition plus large que l'APL, qui tient compte de ses connaissances du territoire médical en termes de caractéristiques démographiques, socio-professionnelles, de santé et de réseaux.

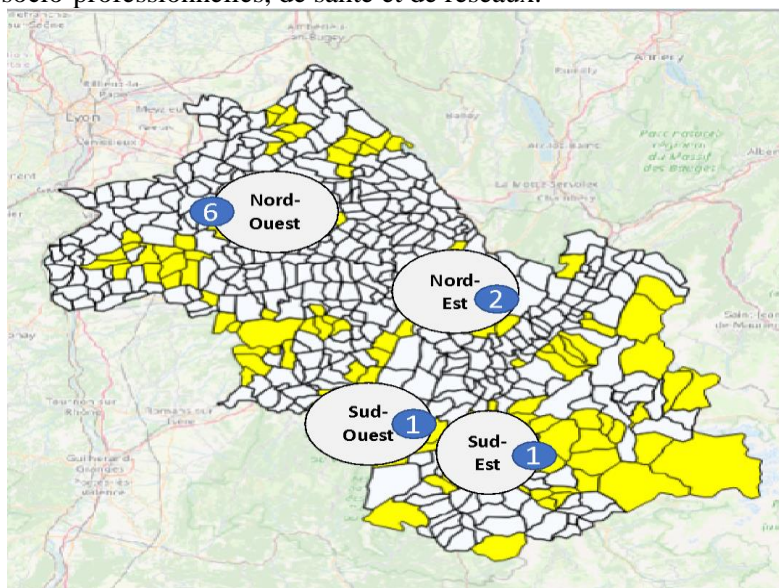


Figure 1 : en jaune : bassins d'activité présentant un APL \leq 2,5 (104 communes) en Isère. Les 4 zones encerclées : lieux où se sont déroulées les 10 observations (6 observations dans le Nord-Ouest; 2 dans le Nord-Est; 1 dans le Sud-Ouest; 1 dans le Sud-Est).

¹⁰² Enquête réalisée et partie rédigée par Sandrine CAROLY et Lucie REBOUL- Laboratoire PACTE- Université Grenoble Alpes.

2. Point de vue des médecins : une réalité complexe

Le point de vue des médecins généralistes a été recueilli à partir des entretiens exploratoires et des entretiens d'autoconfrontation sur les consultations observées, donnant accès à ce que disent les médecins de leur activité.

La majorité des médecins ne se considèrent pas être dans un désert médical (6/9). Pour eux, cela renvoie plutôt à un critère administratif qui traduit une zone à démographie médicale faible. Ils ne se sentent pas en désert médical car ils arrivent « à se débrouiller », « à s'organiser », à travailler avec d'autres médecins quand ils évoluent vers une maison de santé, ou encore parce qu'ils parviennent à travailler en réseau avec d'autres professionnels.

La notion de désert renvoie pour eux à un manque d'effectifs de médecins lié aux départs à la retraite non remplacés (comme par exemple six départs à la retraite en même temps dans une zone géographique de proximité) et au vieillissement des médecins, avec la difficulté d'attractivité de jeunes médecins. L'absentéisme de médecin pour congés maternité ou longue maladie conduit à récupérer une patientèle supplémentaire. Le manque de médecins par rapport au nombre de patients est évoqué, dans l'idée que l'offre ne comble pas la demande.

Le nombre de patients n'est pas couvert, certains médecins se trouvent avec un effectif de patientèle énorme quand d'autres font le choix de ne pas en accepter de nouveaux. Ils se trouvent pris dans un dilemme entre choisir de refuser les patients et augmenter les plages horaires pour voir des patients hors urgence. Le délai entre deux RDV apparaît comme un indicateur d'une zone désertifiée : pour certains, c'est deux mois de délai pour les consultations de suivi. Le nombre de patients en attente est un autre indicateur avec, par exemple, 400 personnes sur liste d'attente. La problématique de l'accès au médecin est évoquée.

Le désert médical n'est pas seulement la difficulté d'adéquation entre l'effectif des médecins et celui de la patientèle. La notion de désert organisationnel est abordée par les médecins et renvoie au fait de travailler seul - source de sentiment de solitude -, de n'avoir aucune structure pour coordonner l'offre de soin ou encore de ne pas pouvoir travailler en réseau. Certaines communes avoisinantes sont dépourvues de médecins. Le recours à des structures, des spécialistes, des hôpitaux peut être long en temps et en distance. Le médecin généraliste en zone désertifiée se trouve dans une activité polyvalente : médecin, infirmier, assistant social et pharmacien, livreur de médicament, transport de patients avec son véhicule. La médecine est décrite comme une médecine générale plus vaste que celle de la ville.

Les médecins enquêtés associent la charge de travail au désert médical. Elle est élevée et liée à la pression de la demande de soin et au travail sous pression. La pression des patients non pris en charge se reporte sur le secrétariat. La surcharge de travail s'accumule avec des situations médicales stressantes « *parce qu'effectivement les gens ne viennent pas pour rien* » (F50). Certaines personnes menacent de procès « *car la demande est pressante et on ne peut pas les prendre car trop de patientèle* » (H34). À la surcharge mentale s'ajoute une surcharge psychique.

La médecine en zone désertifiée se caractérise par une gestion de l'urgence et de soins primaires. Les médecins interviennent en première ligne, discutent avec le SAMU, évitent d'envoyer les gens à l'hôpital. Quand ils le font, la situation est souvent bien dégradée pour le patient qui ne se prend pas en charge : « *des agriculteurs, des gens de la terre, des gens qui sont durs au mal* » (F40). Le médecin ne peut pas renvoyer une petite urgence à l'hôpital : quand un patient arrive avec une plaie, il prend en charge ce type de motif et, ce, de manière imprévisible ou en dehors du créneau décidé par le médecin. Il doit être « *bien formé techniquement, avoir fait de la chirurgie, de la traumatologie, savoir suturer des plaies, faire des plâtres d'attente, avoir un bon examen clinique, faire des diagnostics sans radio* » (F50). L'éloignement géographique du médecin est une caractéristique d'une zone désertifiée pour les habitants éloignés dans les montagnes ou dans des zones rurales, tout comme l'éloignement de la ville pour ces habitants : « *25-50 km des hôpitaux... difficultés de certaines personnes de ne pas pouvoir venir chez le médecin parce qu'il n'y a pas assez de transports en commun* » (H60). Il arrive au médecin de ramener les gens chez eux avec son véhicule personnel. La visite à domicile est également compliquée : « *la distance d'accès aux soins. Une visite à 20 min du cabinet médical me fait perdre deux consultations... Les déplacements sont fatigants en montagne* » (F40). Le temps de trajet est vite augmenté quand il y a en plus des travaux sur les routes, nombreux en montagne (environ 45 min. du cabinet).

L'absence de réseau de proximité de spécialistes tant pour le médecin que son patient pose des problèmes de prise en charge médicale, tout comme la non proximité avec l'hôpital ou un tissu médical : « être dénué de tous moyens pratiques, de soutien aux médecins, qu'il n'y ait pas de cabinet de radio à moins de $\frac{3}{4}$ d'heure de route » (F50). Les médecins trouvent des moyens de compenser par la solidarité entre confrères : « on est pas complètement un désert parce qu'on est assez, on arrive à se débrouiller pour caser les gens ou en tout cas les envoyer systématiquement au bon endroit » (F43).

La désertification accentue certaines inégalités sociales déjà présentes dans les zones rurales : davantage de classes socio-professionnelles ouvrières et employées, de personnes âgées ou encore des lacunes en termes de services sociaux, de psychologues et de psychiatres. Mais les zones rurales couvrent des réalités locales diversifiées, comme c'est le cas en Isère. Ainsi, le Nord-Ouest Isère se compose de populations ouvrières et employées dans un secteur industriel et de service, et connaît un rajeunissement de la population car elle accueille des flux migratoires provenant des espaces urbains pour raisons économiques, notamment de jeunes familles précaires économiquement qui fuient les centres urbains. Le Nord-Est, le Sud-Ouest et Sud-Est Isère quant à eux sont des bassins plutôt touristiques (stations de ski, activités de montagne, etc.). Ils font aussi face à une migration mais celle-ci est plutôt choisie (les "néoruraux": catégorie qualifiée, salariés indépendants, etc.). Ces migrations peuvent être accentuées par la pandémie. L'absence de données qui permettraient la comparaison entre les zones rurales et urbaines (taux de CMU, nombre et durée de jours en absence maladie, taux d'arrêt de travail, etc.) ne permet pas de rendre compte des réalités sociales marquant le travail quotidien des médecins généralistes en zone rurale. En revanche, les données attestent toutes du déficit en matière de structures sociales, médicales et paramédicales, signifiant alors une prise en charge renforcée des problématiques psycho-sociales par les médecins généralistes.

Certains médecins s'orientent vers une médecine spécialisée en plus de leur activité de généraliste (qui peut représenter environ 20 à 30% de leur activité) pour offrir une prestation en adéquation avec les besoins des patients de ces zones désertifiées. Les besoins des patients sont relatifs à une population précaire, rurale ou ouvrière, avec des problématiques de violence et de précarité-addiction, et des patients plus âgés présentent des polyopathologies et des affections longues durées. Dans certaines zones excentrées des villes, on trouve également des cadres moyens ou supérieurs, souvent en surmenage, voire en dépression. Le rapport entre le patient et son médecin se caractérise par une fidélisation : « pas de patientèle nomade, concurrentielle, avec de vrais problèmes de santé, une patientèle qui a confiance dans son médecin » (H33). Néanmoins la population peut être consumériste (demande d'antidépresseurs ou de somnifères).

La continuité de soins ; bien connaître le patient et l'ensemble du système familial ; être en face à face régulier ; sont présentés comme un atout mais peuvent aussi être lourds « On est vraiment mis dans une place, quasi dans la famille. Pour eux je pense qu'on est des référents, des points d'ancrage » (H36).

Le médecin généraliste en zone désertifiée se décrit comme un « référent quasi pour tout, cette responsabilité de se dire ça passe par nous » (H36), « on est le recours des patients » (F50).

Le désert médical apparaît comme un objet essentiel à enquêter. Il permet d'accéder à l'activité des médecins dans ces zones désertifiées. Cette activité se déploie dans un cadre de contraintes multiples, pour gérer une charge de travail multifactorielle : effectifs patientèle, gestion des urgences, éloignement géographique, manque de réseau médical, continuité de soins, types de patients, etc. - ce que nous allons détailler dans la suite de ce rapport.

B. La gestion des temps en zone désertifiée

La médecine en zone rurale se caractérise par des journées de travail intenses avec de plus longues amplitudes horaires et un nombre plus important de jours travaillés qu'en zone urbaine (Davezies & Daniellou, 2004). Comment s'exprime cette intensité lorsque ces zones sont aussi désertifiées ? Ce volet des résultats aborde l'intensité du travail des médecins, qui se traduit ici par un volume important de patients à suivre. Nous examinons la répercussion de ce volume sur l'organisation temporelle de leur activité, et les stratégies de gestion temporelle développées à cet effet.

1. Volume des patients et organisation temporelle des plannings

Gestion du volume de patient : refuser ou non des nouveaux patients

Les médecins rencontrés ont un nombre de patients en moyenne supérieur à la moyenne nationale (1348 vs 850). Avoir un nombre élevé de patients en tant que médecin traitant a pour conséquences un rallongement des délais de prise de RDV et donc un suivi moins régulier des patients, ce qui accroît les risques de retard de diagnostic. Des RDV espacés engendrent aussi des consultations plus denses puisque les patients profiteraient de leur RDV pour lister tous leurs problèmes au médecin. Enfin, avoir un nombre élevé de patients peut contribuer à une moins bonne reconnaissance de ces derniers, de leurs pathologies, personnalité et histoire, d'autant plus lorsqu'ils portent un masque (F49). De ce fait, accepter ou non un nouveau patient est un dilemme évoqué par la plupart des médecins, dilemme comportant des problèmes d'éthique vis-à-vis du serment d'Hippocrate. Certains refusent ou alors en acceptent sous conditions : selon un critère géographique (H36, H34 et H33) ou encore selon l'âge des patients, en refusant par exemple des patients âgés, plus lourds en termes de suivi (H33). Le secrétariat, qui a en charge la gestion des prises de RDV, joue ici un rôle essentiel en refusant les patients, ce qui permet de mettre les médecins à distance de ces dilemmes, la plupart exprimant des difficultés à dire non « *maintenant qu'elle est là, ça m'aide énormément et puis surtout elle filtre, elle me protège, c'est-à-dire qu'elle sait dire non, moi je ne sais pas dire non, c'est très difficile, une fois qu'on m'a piégé euh... - rire* » (F50). Les médecins ne pouvant pas compter sur le secrétariat pour ces tâches (parce que le secrétariat est novice, par exemple) vivent cette pression directement. Le nombre de patient dépend aussi de l'organisation de l'ensemble des médecins exerçant au sein du même bassin d'activité : un départ non préparé d'un médecin, un congé maladie ou maternité mais aussi des vacances se répercutent directement sur les médecins présents qui doivent faire face à un afflux de patients.

Les délais de RDV : anticiper et s'organiser avec les patients

Un long délai de RDV peut résulter de deux cas de figure : le cas où le médecin a une grosse patientèle (ex : F49, 2500 patients) et le cas où le médecin limite ses jours travaillés (ex : F40 – 3 jours par semaine). Ces longs délais les amènent à anticiper leur planning sur du long terme, pour assurer d'une part le suivi régulier des patients âgés ou des personnes avec des affections longues durées, et d'autre part pour gérer des urgences le jour même. Pour faciliter la gestion des urgences, F49 a par exemple établi une règle avec ses patients : le premier arrivé, le premier servi. Cela nécessite aussi de construire une représentation partagée de l'urgence entre les patients et les médecins, de manière à limiter les demandes le jour même. Ces longs délais donnent aussi lieu à des plannings rigides, potentiellement incompatibles avec les circonstances actuelles (crise sanitaire).

Arbitrer entre durées de consultation ou temps personnel

Les médecins prévoient un nombre de consultation par jour selon un créneau défini : entre 15 et 20 consultations (F64 – créneau de 15 min, H60 – créneau de 20 à 60 min), entre 20 et 30 consultations (H36, H34 et F40 – créneau de 20 minutes) et enfin 30 consultations et plus (F49, F43, H33 – créneau de 15 minutes, F50 et F61 – créneau de 20 minutes). Un nombre élevé de patient total (en tant que médecin traitant) s'accompagne d'un nombre un peu plus élevé de patients gérés par mois (cf. figure 3). On peut supposer que cela relève d'une stratégie pour faire face au volume conséquent de patient : voir le maximum de patient dans un délai de consultation pour la majorité plus court (de 15 min).

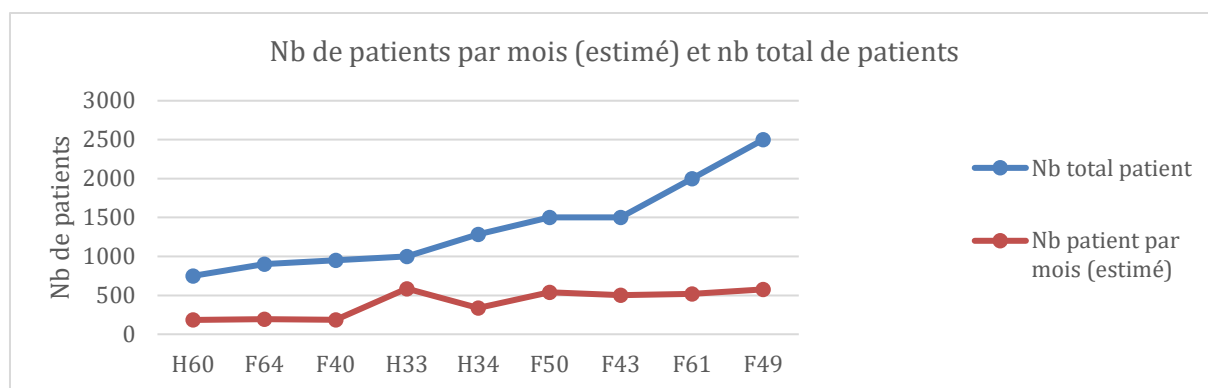


Figure 3 : Nombre de patients par mois (d'après nos estimations basées sur deux journées d'observation de 9 médecins) et nombre de total de patients en tant que médecin traitant, chez 9 médecins observés (2020-2021).

Cependant, en examinant la durée moyenne de consultation (cf. figure 4), on constate que les médecins ayant le plus de patients dans une journée ne sont pas ceux qui font nécessairement les consultations les plus courtes. Effectivement, F43 et F50 ont toutes les deux non seulement une patientèle conséquente (1500 patients), des journées denses (plus de 30 patients par jour) mais aussi des temps de consultation plutôt longs (17min30 pour F43 au lieu des 15 min prévues ; 17min46 pour F50). Elles travaillent chacune sur une amplitude de plus de 1h de travail durant laquelle elles consacrent peu de temps à leur pause (déjeuner en faisant des mails, sur le pouce) : « ça m'arrive régulièrement de pas manger (...), je mange un carré de chocolat vite fait pendant le café que je me prends entre deux consult's » (F43). Cette stratégie de gestion temporelle diffère de celle adoptée par H33 : celui-ci voit aussi plus de 30 patients par jour mais avec un temps de consultation nettement plus court (9min45 en moyenne) avec des temps de pause plus long (2h30) et une amplitude horaire plus faible (10h17min). F61, quant à elle, a la plus grande amplitude horaire (12h) durant laquelle elle gère 35 patients, avec cependant 20 minutes en moyenne pour les consultations physiques vs 13 minutes 36 secondes pour les téléconsultations. Pour absorber le flux de patients, les médecins font donc des arbitrages, soit en diminuant le temps de pause et personnel, soit en écourtant les consultations, soit en adoptant deux styles de consultations différentes selon les motifs (consultation physique vs téléconsultation). Ces différentes stratégies peuvent dépendre à la fois d'un effet d'expérience, celle-ci jouant des rôles multiples dans la gestion du temps (anticipation, optimisation de dynamiques temporelles, etc.); de genre, où de manière générale, les médecins femmes ont des temps de consultations plus longs que les médecins hommes - résultats que l'on retrouve chez les médecins du travail selon le genre¹⁰³ et qui trouve une explication possible dans le *care* en milieu de soin¹⁰⁴, en lien plus ou moins direct avec le modèle de la médecine adoptée : expérimental ou clinique; psychosomatique ou somatique, etc. C'est ce que nous tenterons de démêler dans les parties suivantes.

¹⁰³ Caroly, S., Cholez, C., Landry, A., Davezies, P., Poussin, N., Bellemare, M., Coutarel, F., Garrigou, A., Chassaing, K., Petit, J., Baril-Gingras, G., Prudhomme, D., Parrel, P. (2012). L'activité des médecins du travail dans la prévention des TMS : ressources et contraintes. *Rapport de recherche*, PACTE ; Davezies, P., Daniellou, F. (2004). *L'épuisement professionnel des médecins généralistes. Une étude compréhensive en Poitou-Charentes*. Poitiers : Union régionale des médecins libéraux de Poitou-Charentes.

¹⁰⁴ Gaudart, C., Thébaud, J. (2012). La place du *care* dans la transmission des savoirs professionnels entre anciens et nouveaux à l'hôpital. *Relations Industrielles*, 67(2).

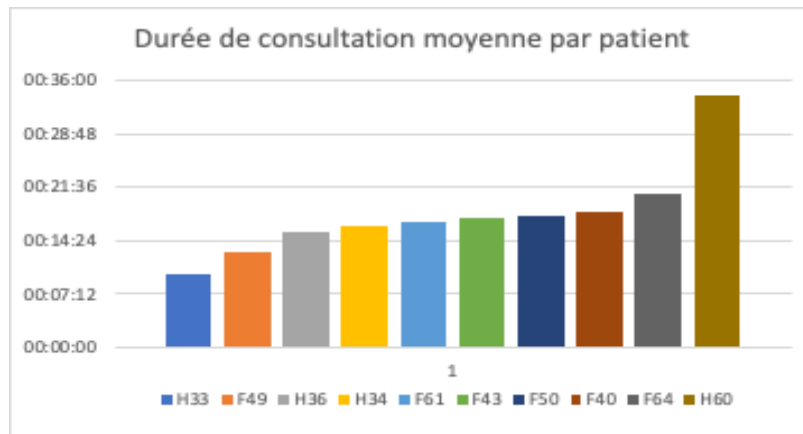


Figure 4 : Durée moyenne (en minutes) de consultation selon les 10 médecins observés (2020-2021).

2. Contenu des consultations : combiner des temps multiples

Le temps est considéré ici comme central pour les médecins en zone désertifiée qui doivent recourir à des stratégies d'optimisation pour gérer à la fois le suivi des patients sur du long terme, celui des urgences, tout en gérant son temps personnel et familial. Nous examinons ici le contenu des consultations.

Optimiser le dérouler d'une consultation

Une consultation est organisée en trois temps : l'entretien, l'examen clinique et le débriefing. H33 est attentif à rythmer ses consultations : une de ses techniques consiste à ne pas interrompre le patient lorsqu'il énonce les raisons de sa venue car il a remarqué que ces interruptions pouvaient finalement rallonger le temps de l'entretien. Lorsque le motif de consultation est déjà connu, il s'agit d'aller directement à l'examen clinique qui permet de compléter le diagnostic en recueillant des informations supplémentaires (car c'est lors de cet examen que d'autres informations émergent). La gestion du temps entre deux consultations permet aussi d'anticiper sur les motifs possibles de la consultation et se remémorer les informations du dossier médical, ce qui permet de gagner du temps pendant la consultation et recréer plus facilement le lien avec l'histoire médicale du patient. Gagner du temps, c'est aussi profiter du moment où le patient se rhabille pour écrire le compte-rendu. Enfin, pour les patients particulièrement bavards ou lents, plusieurs manières de faire permettent de mettre fin à la consultation : utiliser l'humour, ne pas relancer les propos, inviter à payer, se lever pour ouvrir la porte, etc.

La charge liée au pluri motifs : prioriser et organiser l'information

Certaines consultations se rallongent car le patient a plusieurs motifs ou alors de nouveaux motifs surviennent au tout dernier moment. Les nombreux motifs sont surtout présents chez les personnes âgées (polyopathologies, mémoire défaillante, omissions), aux personnes angoissées et aux personnes qui profitent de leur RDV chez le médecin pour dire tout ce qui ne va pas dans leur vie. Face à ces nombreux motifs, les médecins priorisent et réorganisent l'information. F43 préfère laisser le patient exprimer toutes ses demandes dans un premier temps pour réorganiser les priorités à sa manière en fin de consultation. Mais un nombre important de motifs peut conduire à une surcharge d'information chez le médecin et se répercuter à long terme sur la santé des patients (erreur, omission). Par exemple, un motif de fin de consultation a été traité rapidement par H33, et le patient est revenu pour ce même motif dans une autre consultation (problème non réglé). D'autres médecins tentent plutôt de limiter le nombre de consultations en proposant de fixer un nouveau RDV. Cependant, en zone désertifiée, le patient devra attendre parfois trois semaines ou un mois avant de l'obtenir.

Concilier les différents temps :

Durant une consultation, les médecins construisent une organisation temporelle afin de concilier plusieurs dynamiques qui n'ont pas les mêmes rythmes. Ces dynamiques sont présentées ici, et nous

verrons comment les médecins les articulent dans leur activité à partir de deux chroniques d'activité (cf. 5).

- **Les urgences.** Les médecins en zone désertifiée sont les premiers recours aux soins et gèrent davantage d'urgences qu'en zone urbaine. L'urgence est vécue différemment par le patient, le secrétariat et les médecins. Avoir une représentation commune de l'urgence est donc un premier levier pour mieux les gérer collectivement. Une urgence ne relève pas uniquement de l'état de santé d'une personne à l'instant t, c'est aussi la dégradation d'un problème de santé si aucune prise en charge n'est effectuée dans le temps. Les médecins définissent alors aussi l'urgence en fonction des caractéristiques du patient (s'il est isolé, autonome, peut conduire, etc.), en fonction de ses propres disponibilités (les jours et horaires de travail des médecins, des créneaux de disponibilités hors cabinet) et des disponibilités des autres acteurs du soin.
- **Les motifs « psy ».** En zone désertifiée, il se pourrait que les médecins aient davantage de consultations présentant des aspects psychologiques ou sociaux en raison d'un moindre accès aux professionnels du secteur psychosocial (psychiatres, psychologues, assistants sociaux). Pour les médecins enquêtés, ces motifs représentent 35% des patients (soit 113 patients sur les 325 reçus par les médecins)¹⁰⁵. Ils donnent lieu à des temps de consultation plus longs de 2,5 minutes en moyenne. Les médecins peuvent soit considérer ces temps-là dans la conception de leur planning en doublant la durée de consultation, soit ne pas rentrer dans ces dimensions (en fonction du modèle de la médecine adoptée).
- **Les affections longues durées.** Il s'agit ici de s'assurer du suivi d'affection de longue durée pour surveiller l'évolution des pathologies (examen, renouvellement d'ordonnance).
- **Les spécialistes, les hôpitaux et le service des urgences.** Chacun d'eux possède un rythme différent avec des délais de réponses plus ou moins longs – quand il y en a – qu'il s'agit de connaître et d'intégrer dans l'organisation. Il faut aussi tenir compte des temporalités **des taxis et des ambulanciers** pour acheminer les patients. Enfin, lorsque les médecins travaillent avec **d'autres confrères**, des temps liés à l'activité collective sont aussi à intégrer. Ces éléments seront détaillés dans la partie 3 (réseau).
- **Le temps personnel.** Pour gérer la charge, certains médecins sacrifient une partie de leur temps de pause ou finissent tard. Ils peuvent aussi emporter du travail à domicile, le soir (gérer les mails, appeler des patients) ou combiner les temps perso et pro, par exemple, en emmenant les enfants au cabinet.
- **Les interruptions.** Les médecins peuvent interrompre délibérément une consultation pour, par exemple, appeler un spécialiste pendant les créneaux ouverts. Les interruptions peuvent être aussi subies (téléphone entrant), lorsqu'il n'y a plus de secrétariat ou lorsque le secrétariat a du mal à définir les urgences. Ces interruptions sont source d'une baisse de concentration.
- **Le temps de l'informatique pour réguler la charge.** Tous les médecins rencontrés sont équipés d'un poste informatique. C'est surtout la mauvaise qualité du réseau qui peut être coûteuse temporellement pour les médecins en zone désertifiée. La téléconsultation a été un

¹⁰⁵ La catégorisation des consultations présentant des aspects psycho-sociaux s'est établie à partir de deux cas : les cas où le motif présenté par le patient fait mention de ces aspects, et les cas où le motif est somatique/physique mais pour lequel le médecin fait un lien avec le psycho-social – avec le patient, ou avec l'observateur. De fait, cette catégorisation dépend aussi de la manière dont les médecins élaborent des diagnostics ainsi que des contraintes temporelles (un médecin en retard prend moins le temps de débriefer la consultation avec l'observateur).

outil rapidement adopté par les médecins, pendant la période du COVID, et qui a servi aussi à assurer un suivi des personnes âgées ou fragiles qui habitent dans des zones reculées difficiles d'accès. Cependant, les téléconsultations s'effectuent sous conditions : connaître le patient (ses antécédents, ses traitements, etc.), effectuer un examen clinique avant ou après, et pour certains motifs uniquement (prolongation d'AT, COVID, renouvellement de médicaments).

3. Des modèles temporels de l'activité différenciés ?

Les médecins soulignent à l'unanimité la présence de conflits intergénérationnels qui relèveraient de modèles temporels de l'activité distincts. Bien que notre échantillon de 10 médecins ne permette aucune généralisation, les résultats rejoignent ceux de l'analyse sociologique et invitent à tenir compte d'autres facteurs que celui de l'appartenance à une génération donnée pour expliquer les variabilités dans l'organisation temporelle de l'activité.

Nous avons d'abord examiné le nombre de jours travaillés par médecin, à partir de ce qu'ils se fixent (et non ce qu'ils font réellement, les observations ne couvrant pas une semaine de travail, seulement 2 jours d'observation). Il en ressort que les hommes et les femmes travaillent autant de jours chacun (soit 3,93 jours par semaine pour les hommes, et 3,94 pour les femmes). En effet, l'ensemble des médecins, indépendamment du genre, s'accorde une journée de congé en semaine, pour s'occuper des enfants ou se reposer. Certains travaillent une demi-journée ou une journée supplémentaire le samedi, quel que soit le sexe, quand d'autres se donnent pour objectif de travailler seulement 3 jours par semaine.

Concernant l'effet d'âge¹⁰⁶, les jeunes médecins ont effectivement légèrement moins de jours travaillés que les anciens, en concordance avec les déclarations (3,79 < 4,09). Cela pourrait s'expliquer par des modèles de conciliation travail et hors travail différents selon l'âge et les générations et par une patientèle moins élevée chez les jeunes qui ont moins d'ancienneté dans le métier.

Enfin, en tenant compte du type de structure dans laquelle exercent les médecins (individuelle ; collaboration ou association ; maison de santé), nous n'observons pas de grosses différences en termes de nombre de jours travaillés entre les structures individuelles et en maison de santé (3,85 vs 3,75). Par contre, les médecins fonctionnant en collaboration ou association travaillent un peu plus (4,09), sans que nous puissions l'expliquer.

L'examen de la durée du temps de travail journalière, d'après nos observations, montre que les femmes travaillent en moyenne 55 minutes en plus que les hommes, ce qui corrobore avec nos interprétations du genre précédentes. On observe un écart moins important entre les jeunes et les anciens, ces derniers travaillant en moyenne 14 minutes de plus que les jeunes. Enfin, nous avons analysé la durée moyenne des consultations¹⁰⁷, et là aussi, les femmes ont des durées de consultation plus longues en moyenne que celles des hommes (écart de 3 min 23). Les anciens ont quant à eux des temps de consultations plus longs d'1 minute 30 (17 min 01 en moyenne pour les anciens versus 15 min 31 pour les jeunes) - mais cela est corrélé au genre (les médecins anciens étant ici aussi des femmes).

Plusieurs constats se dégagent de ces résultats :

- Les femmes ont en moyenne un volume d'heures journalières plus important que les hommes dans notre échantillon, alors qu'elles ont des charges domestiques plus élevées en général, ce qui pourrait les amener à plus de fatigue et d'épuisement. Cela peut contraster avec la littérature qui montre que les hommes et les femmes ont la même amplitude horaire ;
- Cela se combine avec des temps de consultation plus longs en moyenne chez les femmes que l'on retrouve dans la littérature - ce qui peut s'expliquer par le fait de s'inscrire dans un certain modèle de la médecine relatif au care et l'accompagnement holistique du patient. Elles ont également un nombre plus élevé de patients par jour que les hommes (25 > 19) ;
- Les anciens travaillent davantage que les plus jeunes, en ayant un volume d'heures légèrement plus important (quasiment 14 minutes) et davantage de jours travaillés. Cela peut être tout autant expliqué par le fait d'appartenir à une génération donnée comme nous l'avons dit, qu'aux contraintes propres aux différentes étapes de la vie : par exemple, moins de charge familiale pour les médecins âgés ;

¹⁰⁶ Deux groupes ont été établis – des médecins « anciens » et des médecins « jeunes » - à partir de l'âge médian de 45 ans.

¹⁰⁷ Pour ces résultats, nous avons volontairement omis des calculs les temps de H60 qui pratique une médecine radicalement différente de ses confrères (avec des durées de consultations moyenne de 35 min).

- Travailler seul ou en maison médicale a peu d'incidence ici sur le nombre de jours travaillés.

Ces résultats invitent à nuancer des interprétations uniquement axées sur un conflit intergénérationnel pour davantage interroger les contraintes spécifiques aux différentes étapes des parcours de vie ainsi l'incidence des différents modèles de médecine adoptés sur les pratiques, notamment en tenant compte de la temporalité du travail de care (son coût temporel immédiat et ses bénéfices à long terme).

C. La complexité du travail des médecins : un champ de compétences variées

En zone désertifiée, les médecins généralistes sont les premiers acteurs du soin. Ils revêtent pour cela plusieurs rôles bon gré mal gré : pédiatre, urgentiste, gynécologue, assistant social, psychologue, etc. Ils se confrontent à des situations variées sur lesquelles ils ont une responsabilité importante. Ils sont aussi au plus près des patients qu'ils suivent sur du long terme, et qu'ils sont amenés à côtoyer quotidiennement, avec une plus ou moins grande proximité.

1. Des situations variées

Apprendre la médecine généraliste sur le tas

La formation initiale est souvent jugée insuffisante en ce qu'elle ne permet pas aux médecins généralistes d'appréhender la variété des problèmes rencontrés dans leur cabinet, cette variété étant par ailleurs aussi source d'intérêt du travail. Les médecins développent alors des compétences « techniques » (acte médical) sur le tas, souvent parce qu'il y a une demande de la part des patients (poser un stérilet, faire une ponction). Inversement, il se peut que les médecins, comme c'est le cas de H60, se spécialisent dès le début de leur parcours (en physiothérapie, oligothérapie, micronutrition, acupuncture auriculaire), afin d'être attractif auprès d'une certaine patientèle provenant d'autres départements pour le consulter. Cependant, les médecins sont surchargés et n'ont pas forcément le temps de faire des formations supplémentaires. Dans ces circonstances, c'est plutôt le côtoiement quotidien aux jeunes internes qui permet une mise à niveau des compétences des médecins. Pour étayer un diagnostic ou vérifier un protocole de soin, les médecins font aussi des recherches sur internet au cours de la consultation. Les médecins peuvent refuser certains actes, notamment si celui-ci n'est pas assez fréquent, qu'il requière des modes opératoires complexes et que le médecin estime qu'il y a trop de risques par rapport aux bénéfices (il peut s'agir de pathologies digestives, par exemple des infections de la vésicule biliaire comme relaté par F40). Au-delà des aspects techniques, ce sont les aspects relationnels psychologiques qui peuvent aussi faire l'objet d'un apprentissage. Certains médecins les considèrent comme une compétence à part entière qui nécessite de se former (psychosomatique, psychanalyse, technique de communication), pour d'autres, ce sont des qualités personnelles et innées. Des erreurs médicales peuvent arriver indépendamment des compétences des médecins, et une erreur médicale en zone désertifiée et rurale n'a pas du tout les mêmes répercussions que dans une grande ville où le médecin exerce de manière plus anonyme. F64 a connu cet épisode en début de carrière et a perdu suite à cela la moitié de sa patientèle.

Des problématiques psychosociales importantes

Les somaticiens sont classiquement distingués des psychosomaticiens. Les médecins sont unanimes pour décréter qu'une bonne partie de leurs consultations ne contient pas que du somatique (c'est-à-dire d'affectation biologique uniquement), et effectivement, on l'a vu, plus d'un tiers des consultations présentent des aspects psycho-sociaux, avec de fortes variabilités selon les médecins, allant de 21% pour F49 à 55% pour F64 (cf. figure 5).

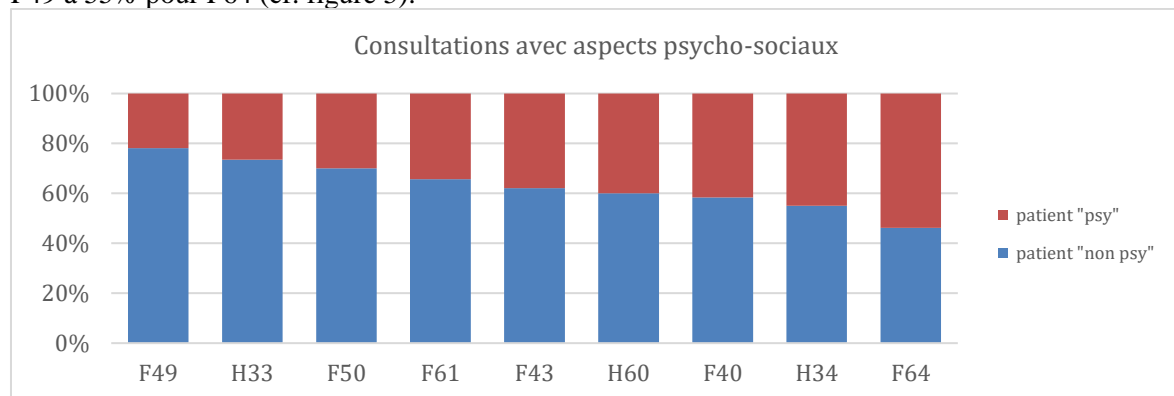


Figure 5 : taux (en %) de consultations avec aspects psycho-sociaux par médecin.

Pour une catégorie de médecin, l'absence de somatique conduit à débiter un travail sur les dimensions psychiques et sociales pour traiter le problème dans la globalité, mais pour une autre, l'absence de somatique signifie une consultation pour « rien ». Ces médecins refusent de prendre en charge des aspects psychosociaux et délèguent si possible ces problématiques à d'autres professionnels spécialisés. Seulement, du fait d'un manque de ces professionnels, les médecins sont contraints de prendre en charge parfois malgré eux ces dimensions et trouver des pistes de solution. Le psycho-social revêt de multiples aspects : dépression, pathologies psychiatriques (autisme, psychose, etc.), douleurs sans causes biologiques, fatigue, problèmes liés au travail, problèmes éducationnels, précarité sociale et financière, toxicomanie, etc. Ces consultations « psy » sont en général complexes, coûteuses temporellement et les effets des interventions du médecin sur l'amélioration du patient ne s'apprécient que sur du long terme. La figure 5 montre la part de consultations comportant des aspects « psy » par médecin, ces aspects pouvant être d'emblée présentés dans la demande du patient ou alors déduits et suggérés par le médecin. Pour l'illustrer, prenons deux médecins qui ont le plus de consultations « psy » mais qui ont deux manières bien distinctes de les appréhender : F64, qui ne conçoit pas la médecine sans s'intéresser aux causes profondes et psychosomatiques, et qui est formée pour cela ; et H34, qui considère que la moitié des consultations relève d'une bobologie prenant des proportions exagérées parce que le patient est angoissé et délaissé par son entourage. H34 se retrouve ainsi malgré lui à gérer de nombreuses consultations pour lesquelles il se sent inutile. La variabilité du nombre de consultations « psy » peut alors dépendre des caractéristiques de la commune (précarité sociale, patient isolé et non autonome, etc.) mais aussi de l'approche du médecin, avec deux extrêmes : des médecins qui cherchent à lier des causes biologiques au psychologiques et vont donc mettre l'accent sur cette dimension dans les consultations et les diagnostics (F64), et des médecins (H34) qui se définissent surtout par leurs compétences techniques (diagnostiquer une pathologie somatique) dans un modèle de médecine urgentiste (ne traiter que ce qui est grave), les amenant à considérer les motifs de bobologie (fatigue, rhume, etc.) dans la catégorie du psycho-social (patient angoissé, isolé, surconsommateur). Enfin, il semble que le temps joue aussi sur les possibilités pour que des aspects psycho-sociaux se manifestent au cours de la consultation : H33 et F49 ont tous les deux la moyenne de durée de consultation la plus courte et aussi des consultations « psy » moins nombreuses (cf. figure 5).

Ceci étant dit, l'ensemble des médecins essaient de trouver des leviers pour agir, en faisant le lien entre le bio et le psycho : ils s'assurent tout d'abord qu'il n'y a rien sur le plan biologique pour ensuite interroger le psycho, puis soumettent ce lien aux patients. Cependant, les patients ne sont pas tous aptes à entendre ce diagnostic et il faut alors plusieurs consultations pour arriver à faire changer les représentations du patient et son rapport à sa santé. Ce travail de longue haleine dépend des disponibilités temporelles des médecins. Les médecins ont tous au moins un cas qui les mettent en échec, c'est-à-dire que malgré les différentes préconisations, le patient revient en consultation pour des plaintes similaires. Une manière de moins subir cette patientèle consiste à considérer la consultation en soi comme en accompagnement qui permet de légitimer les souffrances et de reconnaître la personne dans sa singularité, tout en gardant un œil sur des choses qui pourraient être graves.

2. Connaître les patients

Assurer un suivi longitudinal et global des patients

La relation entre le patient et le médecin est de fait de long terme car les patients ont moins la possibilité, comme cela peut-être le cas en ville, d'aller d'un médecin à l'autre. Ainsi, les médecins en zone désertifiée effectuent un suivi longitudinal et global des patients, mais aussi de tout leur système familial. Si être le seul médecin disponible pour les patients apparaît contraignant en termes de disponibilité permanente, en revanche, la connaissance globale des patients est ici une ressource pour leur prise en charge. Effectivement, les médecins soulignent les difficultés qu'il peut y avoir sur l'efficacité d'un protocole de soin lorsque le patient voit plusieurs médecins qui ont chacun un diagnostic et une démarche différente. La connaissance du contexte familial et professionnel du patient permet par ailleurs de mieux définir le trouble et sa gravité et donc de ne pas « sur-réagir ou se précipiter » en cas d'urgence ressentie chez le patient. En restituant la maladie dans l'histoire familiale, les médecins affinent leur diagnostic (distinguer si un problème relève de l'individu, de son contexte professionnel ou s'il relève d'un problème de la sphère familiale ou génétique). Cette connaissance facilite aussi la gestion du

rythme des consultations (anticiper le motif et maîtriser le déroulé de la consultation). Enfin, cette connaissance des patients, de leur fonctionnement et de leur personnalité, permet aux médecins de leur parler directement et « d'aller droit au but ». Lorsque le médecin ne connaît pas bien le patient, il doit prendre le temps de reconstituer son histoire pour en assurer le suivi (lecture des examens, appel à un spécialiste).

Arbitrer entre proximité et distance des patients

La particularité en zone rurale désertifiée tient aussi de la proximité et de l'intimité qu'il peut se nouer entre les patients et les médecins, qui peuvent se côtoyer en dehors du cabinet (au supermarché, au café, voire dans le cercle amical). Cette absence d'anonymat renforce la responsabilité des médecins, qui y jouent leur réputation en les obligeant à délivrer un service de qualité « *il faut être très pragmatique à la campagne, très pragmatique, très clinique, disponible, et savoir que tout se sait, c'est-à-dire qu'à la campagne, dans les petits villages, tout le monde sait tout sur tout – rire – donc on a une obligation d'intégrité* » (F50). Les médecins tissent des liens plus ou moins profonds avec les patients (allant du tutoiement et échange par texto jusqu'à une absence de relation). Néanmoins tous aspirent à plus de distance, comme F43 qui souhaite ne plus exercer dans la commune où elle vit car elle est amenée à rencontrer régulièrement ses patients. Mettre de la distance a pour contrepartie la solitude, mais une trop grande proximité avec les patients peut être contre-productif, notamment en étant arrangeant avec le patient alors que cela peut être contre son intérêt ou contre l'intérêt de la santé publique. La distance est alors considérée comme thérapeutique en soi. F61, suite à une mauvaise expérience, a décidé de complètement cloisonner sa vie professionnelle et personnelle. En revanche, cette distance est ici compensée par le secrétariat qui assure une jonction entre le médecin et le patient et qui permet certaines négociations avec les patients que le médecin ne pourrait pas se permettre.

3. La coopération médecin-patient

La relation privilégiée entre le médecin et le patient met en lumière l'importance de la coopération pour mener à bien la démarche thérapeutique. Du fait des contraintes spécifiques aux zones rurales désertifiées, la négociation est ici importante : face à des patients peu autonomes ou en grande précarité, les médecins sont amenés à négocier d'une part avec les patients, mais aussi la sécurité sociale ou encore les médecins conseils, de manière à élaborer des compromis qui tiennent compte des capacités physiques et financières des patients tout en respectant les prescriptions budgétaires (limiter les demandes de transport et les arrêts de travail de longue durée). Par exemple, pour répondre à la fois au manque de mobilité et à la précarité du patient, F40 anticipe une demande d'affection de longue durée pour que le patient puisse bénéficier de transports payés. Cependant, cette demande n'a pas été validée et F40 s'est faite réprimander par la sécurité sociale. Dans un autre registre de négociation, il arrive que les patients aient une autre conception de la médecine que celle de leur médecin traitant (antivaccin, naturopathie, homéopathie ou à l'inverse, consommateur de médicaments). Ces conceptions différentes de la médecine pourraient être gérées par un tri sélectif, mais en zone de désert médical, le patient et le médecin n'ont pas d'autres choix que de négocier et de faire des compromis pour s'entendre sur la démarche de soin. Pour faire adhérer le patient à son protocole thérapeutique, plusieurs outils sont utilisés en fonction des situations et des caractéristiques des patients : l'humour, l'argumentation par les chiffres, l'argumentation par des cas, la vulgarisation scientifique, la répétition, l'utilisation de métaphore, l'appui d'un pair, le langage direct, etc.

D. La construction d'un réseau professionnel

Les médecins généralistes dans les zones désertifiées développent un travail en réseau à plusieurs niveaux : se réunir en maison de santé pour tenir l'activité (1), élaborer un collectif médical pour se soutenir et s'entraider dans le diagnostic et les choix médicaux (2), construire de la pluridisciplinarité avec des spécialistes pour orienter rapidement les patients en mauvaise santé (3), s'appuyer sur la collaboration de professionnels de santé à proximité (infirmière, pharmacien etc.) ou encore s'appuyer

sur un secrétariat pour gérer les interruptions (4). La construction de ce réseau professionnel s'établit sur du long terme (5).

1. Se réunir en maison de santé

Parmi les 10 médecins observés, trois sont en maison de santé et deux autres sont en cours de création d'une maison de santé. Nous reviendrons dans la partie prévention sur les avantages de ce type de structure pour l'exercice de la médecine libérale en zone désertifiée. Nous décrivons ici les modes de collaboration associés à ces maisons de santé. Pour l'un des médecins, il s'agissait de répondre au manque de garde, à une meilleure organisation de la vaccination, des congés et des remplacements, au partage du secrétariat et des locaux. Leur maison de santé a commencé avec 3 médecins il y a deux ans, ils sont aujourd'hui 7 avec les spécialistes : une orthophoniste, une psychologue, une psychomotricienne, ce qui leur permet d'orienter plus facilement leurs patients en fonction de leurs besoins. Ils partagent le même serveur informatique, ce qui rend le suivi des patients plus aisé, permet de suivre l'activité de chacun et de s'entraider. Ils ont une salle de réunion où ils se retrouvent un mardi tous les 15 jours pour élaborer ensemble le planning médical. Ils déjeunent dans cet espace commun, où ils échangent beaucoup d'informations sur leur patient et s'appuient sur l'avis des collègues. L'équipe est jeune, le plus âgé promoteur de « *cette aventure* » a 36 ans. Les autres médecins âgés dans la même zone géographique n'ont pas voulu participer à cette maison médicale. On trouve ce même résultat dans d'autres zones géographiques, où d'anciens médecins sont réfractaires à ce mode d'organisation collective « *moi ça me gave complet, j'ai horreur de ça, en plus ils fonctionnent pas très bien ces réseaux je trouve, mais moi j'ai un réseau personnel qui fait que là, si j'appelle, j'ai tout de suite* [des informations] » (F61).

Cependant la construction d'une maison de santé peut aussi être portée par des médecins âgés comme réponse à un désert médical du fait d'un départ à la retraite massif : « *quand on a un médecin traitant dans la MDS, on peut être reçu par l'un des médecins, on peut être dépanné par l'un des médecins de la maison de santé et ce n'est pas une erreur de parcours de soin* » (F64). Les médecins faisant l'expérience de la maison de santé estiment que cela a facilité le travail collectif : « *souder notre équipe* », « *un vrai soutien* », etc. Par exemple, nous avons pu observer qu'un des médecins en maison de santé demandait à sa collègue son avis sur une patiente, ou demandait à une collègue infirmière ou orthophoniste d'intervenir sur le diagnostic d'un patient et son suivi.

2. Élaborer un collectif en dehors du cabinet

A l'inverse, ceux qui ne sont pas en maison de santé apparaissent moins dans un travail collectif : « *Là avec mes collègues on est juste coloc – rire – on partage les frais de ménage, d'électricité* » (F50). Ce sont des médecins en situation libérale de collaboration ou associés. Le travail en réseau se construit à l'extérieur de la structure avec des confrères partageant la même approche médicale ou spécialités.

Qu'ils soient en maison médicale ou en libéral seul ou associé, les médecins construisent un réseau de confrères « *bienveillants* ». S'appuyer sur un confrère permet de valider un diagnostic complexe, de lever des doutes et de ne pas être seul face aux décisions médicales « *Quand on est médecin généraliste, notre force c'est notre réseau. Si jamais on voit qu'on y arrive pas, il faut passer la main, ne pas rester seule* » (F50). Cela nécessite une relation de confiance, de se connaître, d'avoir échangé plusieurs fois dans le temps sur plusieurs patients. Le collectif apparaît situé par rapport à un patient, il n'est pas localisé dans un même lieu. Il se fonde sur un partage d'expérience et d'informations. Ces échanges collectifs peuvent se passer par un coup de téléphone, l'usage d'une messagerie électronique telle que WhatsApp, un courriel selon les préférences des uns et des autres. L'échange d'information est rapide, si l'autre appelle, c'est qu'il a besoin d'aide. Le collectif se construit sur une connaissance mutuelle et un partage de valeurs « *Ils savent en fait la façon dont je travaille, que je demande pas pour rien, je m'amuse pas à leur demander des trucs de confort, ils savent, on se connaît* » (F61). Ce collectif est associé à une qualité de la prise en charge du patient, qui voit et entend les interactions entre confrères pendant la consultation et peut en bénéficier directement. Le partage de compétences s'élabore sur la reconnaissance de l'autre, la confiance et les relations deviennent une réelle amitié professionnelle.

3. Construire de la pluridisciplinarité

Pour ce qui concerne les relations avec les spécialistes, les médecins construisent également avec le temps leur réseau de partenariat pluridisciplinaire. Par exemple, connaître le 06 d'un chirurgien, connaître un neurologue dans une ville à proximité... Ce réseau est l'œuvre d'une construction avec l'expérience : *« Il y a certaines spécialités qui sont plus difficiles d'accès que d'autres, après c'est travailler ses réseaux pour être au mieux dans la prise en charge »* (H33). Le réseau de spécialistes « d'organes » apparaît plus facile à construire que celui des spécialistes en psychiatrie, maladie mentale pour les médecins en zone désertifiée. Ce qui peut les conduire à se sentir « en porte-à-faux » quand on leur demande de remplir des documents administratifs de handicap, déclaration d'autisme, qui ne relèvent pas de leurs champs de compétences. Certaines spécialités comme les rhumatos sont aussi difficiles à joindre, ce qui amène le médecin à faire de l'accompagnement sans réel traitement pour les patientèles de personnes âgées ou souffrant de troubles articulaires, parfois en lien avec le travail.

Les médecins peuvent envoyer le patient vers un spécialiste proche géographiquement, soucieux de la mobilité de leur patientèle, mais ils dépendent également des spécialistes que le patient a vus. Il arrive parfois que ceux-ci ne soient pas dans le réseau du médecin, voire en conflit médical. Certains patients mettent en concurrence le médecin avec un autre avis médical, situation ressentie comme fortement désagréable.

Selon le degré d'urgence, le médecin téléphone aux spécialistes pendant la consultation pour avoir un avis médical ou prendre plus rapidement un RDV. Les relations avec l'hôpital ne sont pas toujours décrites positivement : *« je n'ai pas eu de réponses moi au CHU »* (F50). F43 a envoyé un patient qu'elle a jugé en mauvais état à l'hôpital pour faire un bilan global. Celui-ci a été renvoyé à domicile sans faire les examens, ce qui a été très mal pris par la médecin : *« en tant que médecin, c'est quelque chose que moi je prends mal parce que j'estime que ouais, un confrère vous envoie quelqu'un pour un avis, la moindre des choses c'est de... c'est pas très respectueux. On a quand même l'impression en médecine générale d'être – alors dénigré je sais pas si c'est le mot – mais pas forcément être très bien considéré par la médecine hospitalière, et toujours être obligé de justifier du pourquoi on envoie les patients et eux ne se gênent pas pour nous faire comprendre que c'était pas légitime, qu'il n'y avait pas nécessité de les envoyer, soit aux urgences soit sur l'hôpital mais, ouais nous on est seul dans notre cabinet, eux ils ont toute une équipe, un plateau technique »* (F43).

Par ailleurs, certaines relations apparaissent inexistantes, voire tendues. Concernant les cas de maladie professionnelle et d'accident du travail, on observe très peu de lien entre le médecin généraliste et le médecin du travail. Les relations avec la sécurité sociale ne sont pas toujours aisées avec les médecins en zone désertifiée qui se trouvent confrontés à des arrêts de travail plus nombreux qu'en ville à cause de la spécificité de leur patientèle : *« les arrêts de travail en particulier, j'ai été harcelée par la caisse à certains moments parce que j'avais des patients qu'étaient en arrêt de travail depuis longtemps et le chef de la sécu il est venu hein, et il m'a dit des trucs, je lui ai prouvé par A+B qu'il avait tort et donc il est reparti en s'excusant »* (F61).

4. Construire un réseau local de soin (infirmière, secrétariat, assistante médicale)

Les médecins semblent faire pourtant tout pour ne pas envoyer systématiquement à l'hôpital. La fréquence d'envoi aux urgences pourrait être davantage liée à : 1) des caractéristiques de la patientèle avec des pathologies lourdes et 2) l'expérience du médecin (par exemple, le cas d'un jeune médecin qui préfère s'assurer de ne pas commettre d'erreur engageant le diagnostic vital de son patient). En outre, les médecins s'appuient aussi fortement sur le réseau d'acteurs de soin locaux telles que les pharmacies ou les infirmières pour assurer un suivi médical à domicile. Leurs relations de proximité avec ce collectif élargi sont en général très bonnes, et permettent d'échanger rapidement des informations et de s'entraider.

Le manque de retour d'informations rapides d'un spécialiste de l'hôpital, tel que le compte-rendu d'examen (avec par exemple, plus de 3 semaines de retard) peut, à l'inverse, mettre en défaut le médecin dans son suivi médical du patient. Ici l'assistante médicale peut jouer un rôle de relance en appelant le spécialiste et en cherchant l'information. Le secrétariat permet également de gérer l'information et

soulage le médecin des interruptions téléphoniques pendant la consultation, filtre les urgences et gère le planning. Mais cela dépend aussi de son ancienneté : cette possibilité de seconder le médecin dans ses tâches administratives se construit effectivement dans du long terme. C'est le cas de F40 qui travaille avec un secrétariat à distance et qui doit aussi former un secrétaire novice à discerner ce qui relève de l'urgence ou non ou encore à apprendre à dire "non" aux patients.

5. Un réseau construit au fil du parcours

Le travail collectif ou en réseau permet aux médecins un renouvellement des connaissances visant l'amélioration de la pratique médicale « *on échange beaucoup de littérature, beaucoup, beaucoup d'articles scientifiques* » (F50). La construction de réseau - pour partager des diagnostics et échanger de l'information - s'élabore au fil du parcours professionnel et des interactions liées à l'expérience : « *j'ai travaillé quand même pendant 16 ans en ville, j'étais dans un cabinet de groupe, on était 3 femmes puis on avait notre réseau de proximité, réseau hospitalier, et puis aussi les correspondants de mes consœurs, voilà se donner un petit peu nos tuyaux et puis après en arrivant ici, c'est en discutant un peu avec mes collègues, avec la pharmacienne, euh... et ouais quand on adresse à l'hôpital une fois, deux fois, on a des noms de correspondants, on voit un peu la qualité de leur courrier, voilà. Ça inspire ou non confiance euh... c'est en pratiquant aussi qu'on développe le réseau* » (F50).

Si les anciens ont pu développer un réseau plus élargi avec des confrères spécialistes avec le temps, les contacts directs de spécialistes n'apparaissent pas plus nombreux lors de la consultation. L'analyse des appels par médecin, lors des observations de leurs consultations, montre qu'il y a moins d'appels chez les anciens (11,4 en moyenne vs 18,9 chez les jeunes). On pourrait penser que cela est lié à l'expérience, où les médecins anciens auraient moins de nécessité de confirmation de leur diagnostic médical. Mais cela dépend aussi d'autres variables de la situation : la présence d'un secrétaire, son taux de présence (mi-temps, temps complet) et son ancienneté, ainsi que la nature des interactions entre le médecin et la secrétaire (échange direct, par mail, WhatsApp ou téléphone). Le type de structure dans lequel travaille le médecin joue aussi probablement sur la fréquence des échanges téléphoniques (appel d'un confrère, etc.).

E. Les parcours des médecins

Cette partie des résultats s'intéresse au parcours des médecins : leur projet initial, les ressources et les embûches qui façonnent leur parcours, les possibilités d'adapter les plannings aux événements ou aux aspirations des médecins et enfin au travail de gestion de leur fin de parcours mais aussi celle des autres médecins.

1. Tableau récapitulatif des parcours

Parmi les 10 médecins rencontrés, 6 sont des femmes et 4 sont des hommes. Ils ont entre 33 et 64 ans et ils exercent dans des conditions différentes : en maison médicale pour la plupart, associés en cabinet de groupe, en collaboration en cabinet de groupe, ou encore en individuel. Plus de la moitié a un membre de la famille dans le secteur du soin (infirmier, cadre infirmier, médecin, dentiste). 4 médecins sur 10 ont un conjoint médecin ou dans la profession de soin. 8 médecins sur 10 ont des enfants, de 2 enfants jusqu'à 4 et plus (cf. tableau 2).

	métiers des parents	Lieux d'étude	Conjoint et métier	enfants et études	exp avant inst.	date inst.	anc. Médecin généraliste installé	asso	collab	MDS
H33	mère dentiste, oncle et tante médecin généraliste	Lyon	médecin généraliste	2 - bas âge	2-3 ans de remplacements	2017	4	2017		
H34	père marine militaire, mère administratif URSSAF	Grenoble			un remplacement dans le cabinet	2015	6			en finalisation fin juin
H36	père médecin généraliste	Lyon	Médecin généraliste	2 - bas âge	quelques remplacements en MDS	2014	7			2017 (débutée en 2014)
F40	CNRS ?	Dijon	inconnu		7 ans de remplacements	2017	4			depuis 2017
F43	mère cadre infirmière	Alsace ?	Cadre informatique	2 - scolarisés	quelques remplacements	2011	10	2018	2018	depuis 2020
F49	père gynécologue, oncle et tante médecin généraliste	Lyon	commercial	3 - scolarisés	quelques remplacements	2005	16		depuis 2020	
F50	Père professeur en médecine (recherche) et mère artiste peintre	Grenoble	ingénieur	4 et + - adultes et scolarisés	2-3 ans de remplacements	installation en 2001 (Grenoble) puis 2017 (Châbons)	20	de 2001 à 2017	depuis 2017	
H60	père technicien, mère secrétaire	Lyon	infirmière/secrétaire médicale	3 - adultes	remplacements pendant 6 ans / médecin généraliste en hôpital psychiatrique	2000	21			
F61	père ouvrier, mère nourrice	Région parisienne	pompier	2 - adultes	infirmière anesthésiste, urgences, remplacements	1995	26	de ? À ? Depuis 2020		
F64	mère infirmière	Marseille	Médecin généraliste	2 - adultes	quelques remplacements en libéral	1984	37	1984 avec son mari	1989-2002	depuis 2017 (débutée)

Tableau 2 : synthèse des parcours des dix médecins observés

2. Devenir médecin et s'installer en zone désertifiée

Devenir médecin généraliste n'est pas de l'ordre de la vocation pour l'ensemble des médecins. C'est plutôt l'attrait pour la biologie ou la génétique et de bons résultats au lycée qui les ont conduits vers la médecine. La filière de médecine généraliste est assez déconsidérée à l'université, ce qui n'encourage pas de choix précoce pour cette spécialisation. Ce n'est qu'au cours des stages que les étudiants découvrent la médecine généraliste et la médecine hospitalière. Le choix de se diriger vers la médecine généraliste est le plus souvent lié au rejet des conditions de travail de l'hôpital, là où, dans le libéral, les médecins voient davantage de possibilités de concilier vie professionnelle et familiale, plus d'autonomie, un rapport privilégié avec le patient et la possibilité de déployer des compétences variées. La zone rurale quant à elle est choisie parce que les qualités énoncées pour le métier de médecin généraliste sont perçues comme plus importantes comparé à l'exercice urbain, où le travail est vu comme répétitif et la relation entre patient et médecin assez pauvre. La facilité de l'installation en zone désertifiée est contrastée selon la période d'installation et donc de l'existence d'aides à l'installation. Pour F64, F61 et F49, l'installation n'a pas été facile non pas parce qu'il n'y avait pas de patients, mais plutôt à cause des médecins présents qui décourageaient alors l'installation des médecins, par crainte de la concurrence. Elles ont aussi dû engager des frais conséquents pour acheter ou louer le cabinet, le matériel et la

patientèle¹⁰⁸. Au contraire, les plus jeunes sont mieux accueillis par la mairie qui les soutient financièrement (locaux, bureaux) et par les médecins actuels, et ils bénéficient d'une prime à l'installation pour zone sous dotée (les communes changeant rapidement de statut par ailleurs), d'un cabinet déjà monté, du matériel et de la patientèle. Une difficulté soulignée par les jeunes médecins lors de leur installation relève plutôt de la confrontation des pratiques entre jeunes et anciennes générations. Ils doivent alors imposer leur propre organisation et conception de la médecine aux patients. Aussi, les jeunes médecins ont une autre charge qui relève de la conception et de la coordination d'une maison médicale, qui s'étend sur plusieurs années et qui demande des heures de travail non rémunérées.

3. Adapter son planning au fil du temps

Le planning est le levier sur lequel les médecins jouent pour concilier temps personnel, familial et professionnel. Par exemple, F49 a anticipé la difficulté à mener de front une vie familiale et professionnelle et a donc choisi de faire des enfants avant de s'installer. F64 en revanche a vécu un épisode dépressif en début de parcours en raison d'une charge professionnelle et familiale trop lourde. Il semblerait que les médecins débutent leur vie active avec des plannings plus légers, qui leur permettraient par exemple de disposer de temps libre entre midi et 16h. La charge augmenterait donc plutôt au fil du parcours, pour différentes raisons : les enfants sont grands et autonomes, la charge familiale diminue d'un côté, mais les besoins financiers augmentent de l'autre (financer les études des enfants) ; il y a plus de demandes de la part de la patientèle pour un médecin qui a une certaine ancienneté et est maintenant bien connu des habitants de la commune. En ce sens, F43 constate que le planning de son jeune collègue tend à se densifier. Cependant, l'intensification du travail des médecins peut avoir des limites. C'est le cas de F49 : suite à l'absorption d'une partie de la patientèle d'un ancien médecin (500 patients en plus) et à la diminution volontaire de ses congés, elle est en situation de surcharge et dispose de moins de temps de récupération, avec pour conséquence une relation thérapeutique dénuée d'empathie. Suite à cet épisode, elle reprend des congés. La plupart des médecins ont vu leur planning s'intensifier avec l'épidémie. Pour F40, cette intensification se cumule avec des flux supplémentaires de patients qui étaient ponctuellement sans médecin traitant (congé maternité de leur médecin traitant) et l'amène à travailler davantage que les 3 jours par semaine qu'elle s'était fixés. Il s'agit aussi de micro-ajustements pour adapter son planning à l'activité réelle, comme par exemple préférer transformer deux consultations en temps de pause afin de pouvoir gérer l'administratif. Les plannings sont aussi modifiés pour s'adapter à la présence d'internes. En effet, souvent les internes ne sont pas pris en compte dans la conception des locaux, ce qui fait qu'ils doivent tourner sur les bureaux disponibles et de fait cela empêche certains médecins de travailler. Enfin, les médecins proches de la retraite anticipent celle-ci en essayant de diminuer progressivement leur activité.

4. Préparer et anticiper son départ et celui des autres

Assurer la transition démographique des médecins, notamment à l'aide des internes

Être en libéral, c'est gérer son départ en retraite mais aussi celui des autres. Certains anticipent la transition démographique précocement en montant une maison médicale et en accueillant des internes, potentiels repreneurs du cabinet. À l'inverse, pour les médecins ayant exercé seul, avec une patientèle importante et des frais conséquents, la fidélisation des internes peut se solder par des échecs. Et pour ces médecins fonctionnant « à l'ancienne », ce n'est pas un interne mais deux qu'il faut fidéliser pour assumer la charge de travail. Aussi, la gestion des internes est une charge en soi, que tous les médecins ne peuvent pas assumer par manque de temps.

Trouver des remplaçants

Au-delà des absences définitives, ce sont aussi les absences ponctuelles qu'il faut anticiper pour que les patients ne se trouvent pas démunis de médecin. On l'a vu, ces absences de médecins non anticipées ont des répercussions directes sur la charge des médecins des communes aux alentours qui doivent gérer un

¹⁰⁸ Jusqu'à une certaine date, il fallait payer un droit de présentation de 15000€ pour pouvoir s'installer. Les médecins revendaient aussi leur patientèle, ce qui ne se fait plus aujourd'hui.

afflux de patients. Pour les médecins, trouver des remplaçants est aussi une charge : il s'agit de trouver le remplaçant, de le former, d'être présent en cas de problèmes, etc. Des sites existent mais les médecins semblent privilégier le bouche à oreille.

F. Présentation de deux chroniques d'activité de médecins observés en consultation

1. L'activité de consultation du Médecin F61

Le commentaire s'appuie sur la chronique d'activité (cf. figure 6), une séquence d'observation d'une journée de consultation en cabinet, respectant les garanties posées par le protocole d'observation ergonomique. Les numéros et les catégories d'analyse font références à la figure 6.

Organisation temporelle de la journée

Une journée intense en patients et en amplitude horaire

F61 débute sa journée de travail à 08h30 et la termine à 22h30, soit une amplitude horaire de 14h de travail, ce qui est largement au-dessus de la moyenne de l'échantillon (11h04). Les consultations débutent à 09h et se terminent à 13h, pour reprendre de 14h jusqu'à 21h, avec une pause de 50 minutes entre 18h à 18h50. Les téléconsultations (1) – comprenant les patients COVID – s'effectuent en fin de journée, de 18h50 jusqu'à 21h (15 patients) pour une durée moyenne de 7 min. par patient, et de 21h à 22h14, elle effectue l'autre partie du travail des téléconsultations, à savoir les ordonnances, arrêts de travail, etc. des patients¹⁰⁹. F61 est seule à gérer les téléconsultations de cette manière (celles-ci sont effectuées de manière dispersée au fil de la journée par les autres médecins). Cela lui permet de faire une médecine lente en journée (20 minutes en moyenne par consultation) et rapide le soir (gestion des COVID, renouvellement d'arrêts de travail, pathologies peu complexes : varicelle, etc.). Son temps de pause - d'une durée d'1h50 constitue 15% de sa journée. Cet engagement dans le travail, F61 le revendique « *Moi je sais que c'est pas un sacrifice, c'est que j'ai envie de le faire. Mais ils (les jeunes médecins) ne sont plus dans cet esprit-là : 'je veux bien remplacer, mais à 6h, j'ai mon cours de piscine'. Ben non.... c'est compliqué en médecine générale. Surtout qu'on n'est pas nombreux, et là, dans le Sud Isère, je suis la seule à faire ce que je fais, même si je pense que je ne peux pas faire plus, mais j'aimerais bien être mieux dans les demandes des patients parce que je pense que je ne réponds pas tout le temps à leurs demandes* » - cela lui a permis de voir 35 patients (avec une patientèle de plus de 2000 patients). Elle termine tard mais peut se reposer sur son mari, pompier Commandant, qui prend en charge certaines tâches domestiques « *Maintenant je travaille beaucoup plus que mon mari en horaire, et ... il a su s'adapter hein, c'est lui qui fait les courses, la bouffe, tout. Mais je le remercie tous les jours pour ça* ». Le fait d'être disponible en permanence pour autrui est une valeur partagée par le couple (lui en tant que pompier, elle en tant que médecin) : « *c'est difficile quand on a cet esprit-là, parce qu'on l'a tous les deux, c'est difficile de dire 'et ben maintenant, vous avez un problème, et je m'en fous', c'est pas possible, c'est pas notre éducation, et c'est aussi le fait de se dire qu'on pourrait être à la place de celui qui appelle. Parce que moi en fin de vie dans le Sud-Isère, qui est-ce qui va me soigner ? Je me pose la question, ça risque d'être difficile* ». Les temps entre chaque consultation sont des temps dédiés au ménage (2), dont les exigences sont accrues en période épidémique.

Un suivi de près des urgences tout au long de la journée

Au cours de sa journée, F61 gère une urgence et une urgence ressentie par le patient, sans toutefois les envoyer aux urgences de l'hôpital. Concernant l'urgence ressentie (3), il s'agit d'une patiente sans RDV qui arrive en pleurs au cabinet car elle a 19 de tension. Parce qu'elle connaît le contexte particulier de sa patiente (en deuil de sa mère), son fonctionnement et ses pathologies (hypertension), F61 ne reçoit pas la patiente immédiatement, pour gérer son temps de travail et se préserver « *Cette dame-là, je connais ses problèmes – elle vient de perdre sa mère donc – et du coup, c'est compliqué de dire oui et*

¹⁰⁹ En tenant compte de ce temps-ci, la moyenne par patient en téléconsultation est de 13min36.

en même temps de se préserver soi » mais ne l'envoie pas non plus aux urgences pour protéger la patiente - notamment des risques de contamination, élevés en période d'épidémie . Elle trouve ici un compromis en planifiant une téléconsultation le soir pour rassurer la patiente et se rassurer elle-même tout en se préservant (se donner le temps de faire une pause déjeuner) « *si je l'avais laissée repartir sans avoir trouvé d'autres solutions que de rappeler si ça va pas alors que je suis difficile à joindre, j'aurais pas été satisfaite et j'aurais été contrariée, là au moins je l'ai revu le soir, en téléconsultation et ça m'a rassuré sur son état. C'est aussi pour me rassurer moi et me dire que je l'ai pas laissé dans la nature avec une grosse merdouille quoi* ». Concernant l'autre urgence, C7, (4), il ne s'agit pas d'un problème imminent mais qui risque de l'être s'il n'est pas traité dans les temps (pyélonéphrite). Pour le gérer, elle appelle elle-même le cabinet de radiologie pour organiser le RDV avec sa patiente. Elle donne également son numéro personnel à cette patiente afin que celle-ci puisse l'appeler dès réception des résultats de manière à la mettre sous antibiotiques au plus vite.

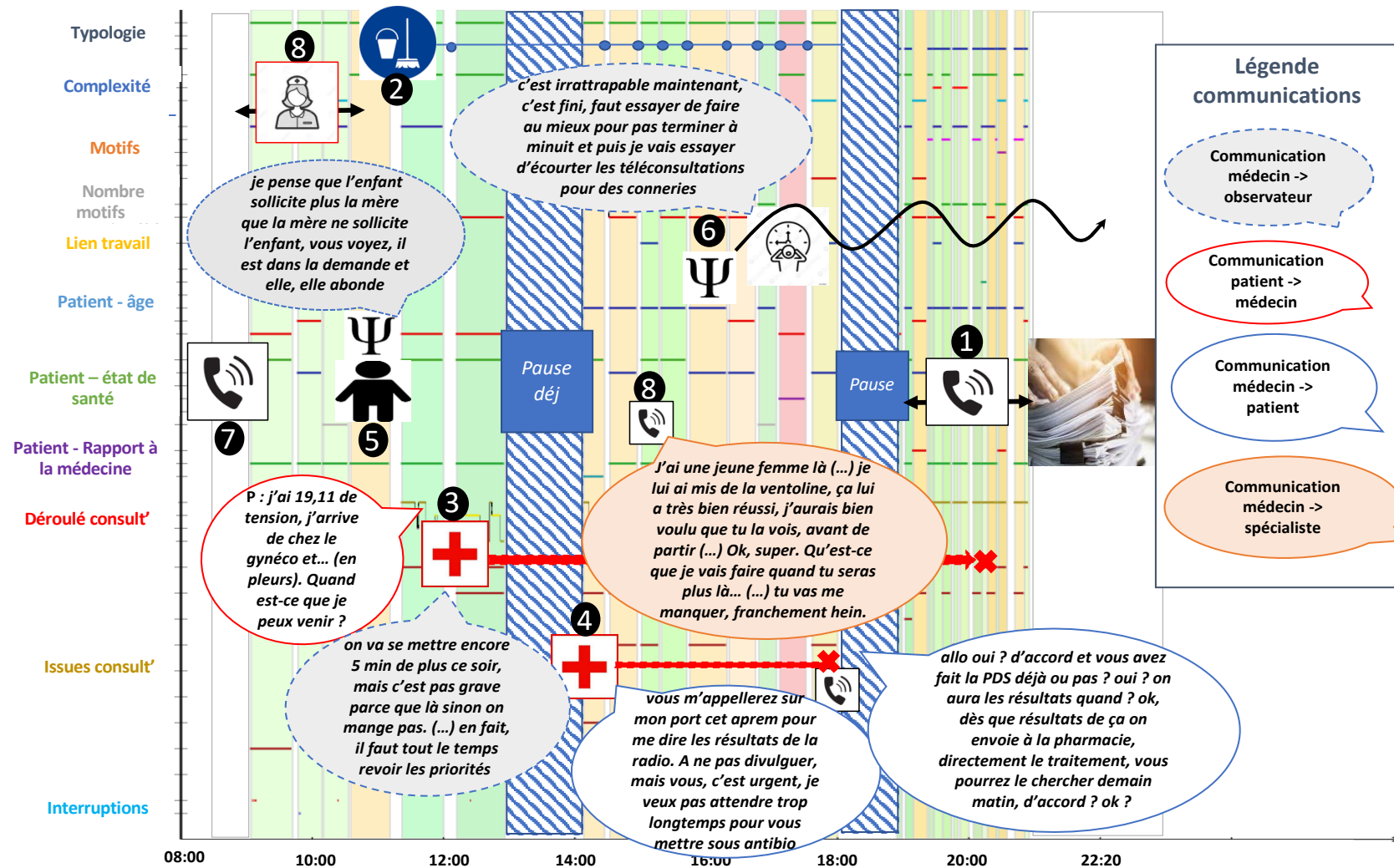


Figure 6 : chronique de l'activité de consultation de F61 sur une journée

Les consultations avec aspects psycho-sociaux : des consultations plus longues et complexes

1/3 des consultations de F61 comporte des aspects psycho-sociaux. Celles-ci ont des durées variables mais sont en moyenne légèrement plus longues que celles ne comportant pas ces aspects. Ce type de consultation peut entraîner du retard. Par exemple, C11 (6) dure 33 minutes, elle contient de nombreux motifs dont celui d'une demande d'aide psychiatrique. La complexité de la consultation demande à F61 une grande écoute et il n'est pas possible de l'écourter. De fait, ce temps pris déborde sur les autres consultations, provoque du retard qu'elle double quasiment (de 24 min à 40 min) et qu'elle ne pourra pas rattraper par la suite « *Tu vois là, le fait qu'on a pris du temps pour cette consultation, c'est fini, on est plus dans les clous, ça aura des conséquences jusqu'à ce soir, 22h-23h, c'est ça le truc ; mais bon du fait que cette patiente elle a commencé à dire des choses, c'était pas possible de s'arrêter, humainement, c'était pas possible* ». Le retard se répercute sur son horaire de sortie. Hormis essayer de gagner quelques minutes par consultations, F61 ne dispose pas d'autres marges de manœuvre temporelles pour récupérer du temps. Finalement, c'est un imprévu (un patient prévu à 17h qui n'est pas venu) qui lui permet de rattraper un peu de temps et de faire une pause avant de commencer les téléconsultations. Les annulations de consultation ne sont ainsi pas forcément subies par les médecins qui en profitent plutôt pour réaménager le temps. Par exemple, la consultation C4 (5) concerne un enfant de 2 ans qui ne parle toujours pas. F61 peut ici prendre le temps pour cette consultation (36 minutes) car la consultation suivante est annulée. Cela lui permet ici d'inscrire le retard de langage dans l'histoire du petit garçon et de sa relation avec sa mère afin d'éviter une « pathologisation » de l'enfant par une prise en charge spécialisée – à la patiente : « *Le problème, ça va être qu'à l'école, ça va se terminer en orthophonie, vous allez galérer parce que... parfois ils pensent que les gamins ont des problèmes de langage alors qu'ils n'en ont pas* ».

Ressources collectives

Avec le secrétariat

F61 est très proche de sa secrétaire « *M. sait TOUT faire. C'est une personne extraordinaire. Si on lui parle bien, elle vous décroche la lune. Si on commence à mal lui parler, ça se passe mal* ». Elle travaille avec cette secrétaire depuis de nombreuses années. Celle-ci a notamment en charge le téléphone et l'accueil des patients de 08h à 11h.

Avec le cabinet d'infirmier de la ville

Cependant, lors des observations, sa secrétaire était absente pour raisons de santé. F61 prend donc en charge 9 appels téléphoniques de 08h30 à 09h (7), puis délègue la gestion du téléphone à une infirmière de sa commune qui vient l'épauler en cette période (8). Du fait des mesures d'hygiènes renforcées en période COVID, la salle d'attente et le bureau du secrétariat sont fermés. Les consultations se font donc dans un volume sonore important en raison des conversations téléphoniques entre l'infirmière et les patients, de la retransmission des informations à F61 et des échanges entre le médecin et les patients (qui sont surtout des enfants le matin).

Avec des spécialistes

Au cours de sa journée, F61 fait appel à un seul spécialiste. On l'a vu, elle évite par exemple d'envoyer un enfant chez l'orthophoniste ou un pédopsychiatre malgré l'inquiétude de la mère (cf. 5). Les seuls appels sortant relève de l'appel au cabinet de radiologie pour l'urgence (pyélonéphrite, cf. 4) et pour prendre un RDV avec un spécialiste pneumologue pour un problème d'allergie non urgent mais qui demande quand même à être examiné (8). Cette consultation, C11, dure 16 minutes dont 5 minutes sont passées à échanger avec le pneumologue. Celui-ci étant un ami, cet échange est aussi l'occasion pour ces deux médecins de se donner des nouvelles. Ce réseau professionnel repose aussi sur une structure amicale qui fluidifie les échanges « *tant qu'ils sont là, je ne me sens pas seule du tout, parce que je sais que je peux compter sur eux. Et la B., il s'en va mais il me laisse quelqu'un derrière lui qui va travailler un peu de la même façon que lui, qui est plus jeune mais qui a aussi cet esprit d'être disponible, etc. Donc je sais que j'ai un recours. Si j'étais vraiment seule, je pense que je serais partie, c'était impossible* ». Au final, la patiente aura son RDV dans les jours qui suivent, car ce réseau lui permet « *d'avoir des RDV tout de suite au lieu d'attendre un an. (...) les patients, à l'heure actuelle, ils ont de grosses difficultés à trouver des RDV spécialisés, et quand on a un médecin qui a un réseau qui fonctionne (...)* ».

Relation et typologie patient

Articuler « mise à niveau » et « mise à distance » avec les patients

F61 a peu de personnes âgées¹¹⁰ (11%, soit 4) et reçoit plutôt des enfants accompagnés de leur mère (23%) et des adultes (66%). On l'a vu avec quelques exemples de consultations, F61 s'appuie sur ses connaissances des patients pour diagnostiquer et orienter la prise en charge (ne pas diriger vers un orthophoniste, ne pas envoyer aux urgences, pouvoir ou ne pas pouvoir écourter la consultation).

Âgée de 61 ans et ayant exercé avec 26 ans d'ancienneté dans son cabinet, F61 connaît parfaitement ses patients sur plusieurs générations. Elle a vu certains d'entre eux grandir et elle s'occupe aujourd'hui de leurs enfants. Issue d'une classe sociale moyenne (père ouvrier, mère nourrice), F61 explique que son origine lui donne la capacité à se mettre au niveau des patients, en évitant le jargon médical ou la posture autoritaire et descendante : « *en fait je parle assez cru, enfin je veux dire, je me mets au niveau des gens et je leur parle comme... enfin moi je viens pas d'un milieu très guindé donc c'est vrai qu'on est dans une communication qu'est très libre en fait* ». Cette proximité lui permet de coopérer avec les patients. Toutefois, F61 maintient aussi une certaine distance avec les patients, notamment en maintenant le vouvoiement, d'une part parce qu'elle juge cette distance cruciale dans une démarche thérapeutique et d'autre part en raison d'expériences passées qui se sont mal déroulées. Cette distance est ici compensée par la proximité que sa secrétaire a avec les patients – celle-ci est décrite comme efficace et très franche, ce que ne pourrait pas se permettre F61 « *y a un espèce d'interdit issue de la psychanalyse qui fait que quand on est médecin, il faut garder sa distance. C'est ça qui me permet de pouvoir dire non, de pas tutoyer les gens, de...ce que ma secrétaire, elle, elle ne fait pas, parce que elle, elle est intégrée, elle les connaît tous, les tutoie tous, « ouais tu nous emmerdes » qu'elle leur dit (rire)* ».

2. L'activité de consultation du Médecin H36

Ce médecin est en maison de santé, qu'il a créée. Il a fait le choix de venir en zone désertifiée et de s'installer en médecin généraliste pour fuir l'hôpital et donner un cadre de vie sain à ses deux jeunes enfants. Son père était médecin généraliste en zone urbaine et sa femme, médecin généraliste également, exerce dans la même maison de santé que lui.

Organisation temporelle de sa journée : des tâches variées

Comme on peut le voir sur la chronique établie à partir d'une demi-journée de consultation du médecin H36 (cf. figure 7), celui-ci commence sa première consultation à 9h et termine la dernière à 13h. Il a posé ses enfants à l'école à 8h30 sur son trajet domicile-travail. Il travaille dans une maison de santé, qui lui permet de réguler collectivement les perturbations grâce à la pluridisciplinarité, ce qui est en contraste avec la médecin F61 en cabinet seul observée précédemment. Il discute d'un cas difficile d'une enfant autiste pendant la pause déjeuner avec sa collègue orthophoniste pour répondre à des questions sur un dossier à remplir pour une déclaration d'handicap. Il échange aussi à ce moment du déjeuner avec l'infirmière qui l'alerte sur des problèmes de nutrition d'un patient âgé, dont il a eu la femme au téléphone pendant les consultations du matin qui s'inquiétait au sujet du mauvais état de son mari. Il lui demande de repasser dans la journée et il prendra des nouvelles.

Le détail de l'activité de son après-midi n'apparaît pas dans la chronique. Après 30 min. de pause déjeuner, moment d'activité collective de régulation avec ses collègues, il se déplace en EHPAD (durée 20 min.). Arrivé à 14h, il consulte des patients dans leur chambre, remplit des certificats, répond à des questions de confrères par la messagerie informatique ou des questions du personnel soignant de l'établissement. Il fait cette activité depuis peu de temps pour venir en renfort aux EHPAD avec d'autres collègues de la maison pluriprofessionnelle de santé (MPS), pour répondre à la pénurie de médecins dans cet établissement, touché pleinement par la pandémie de la Covid-19. Il fait deux demi-journées par semaine et il tourne à trois médecins de la MPS sur cet EHPAD. Il revient vers 15h45 à son cabinet, avec des consultations de 16h à 18h45. Puis il remplit des papiers administratifs jusqu'à 19h15.

Durant la matinée, il reçoit 11 patients, allant d'une durée minimum de 5 min. pour remplir un dossier de reconnaissance handicap avec une jeune fille (C11) à 24 min (C5) pour une dame en dépression, avec arrêt de travail. Sa durée moyenne de consultation est de 15 min. environ.

¹¹⁰ Nous avons considéré les personnes âgées à partir de l'âge de 70 ans.

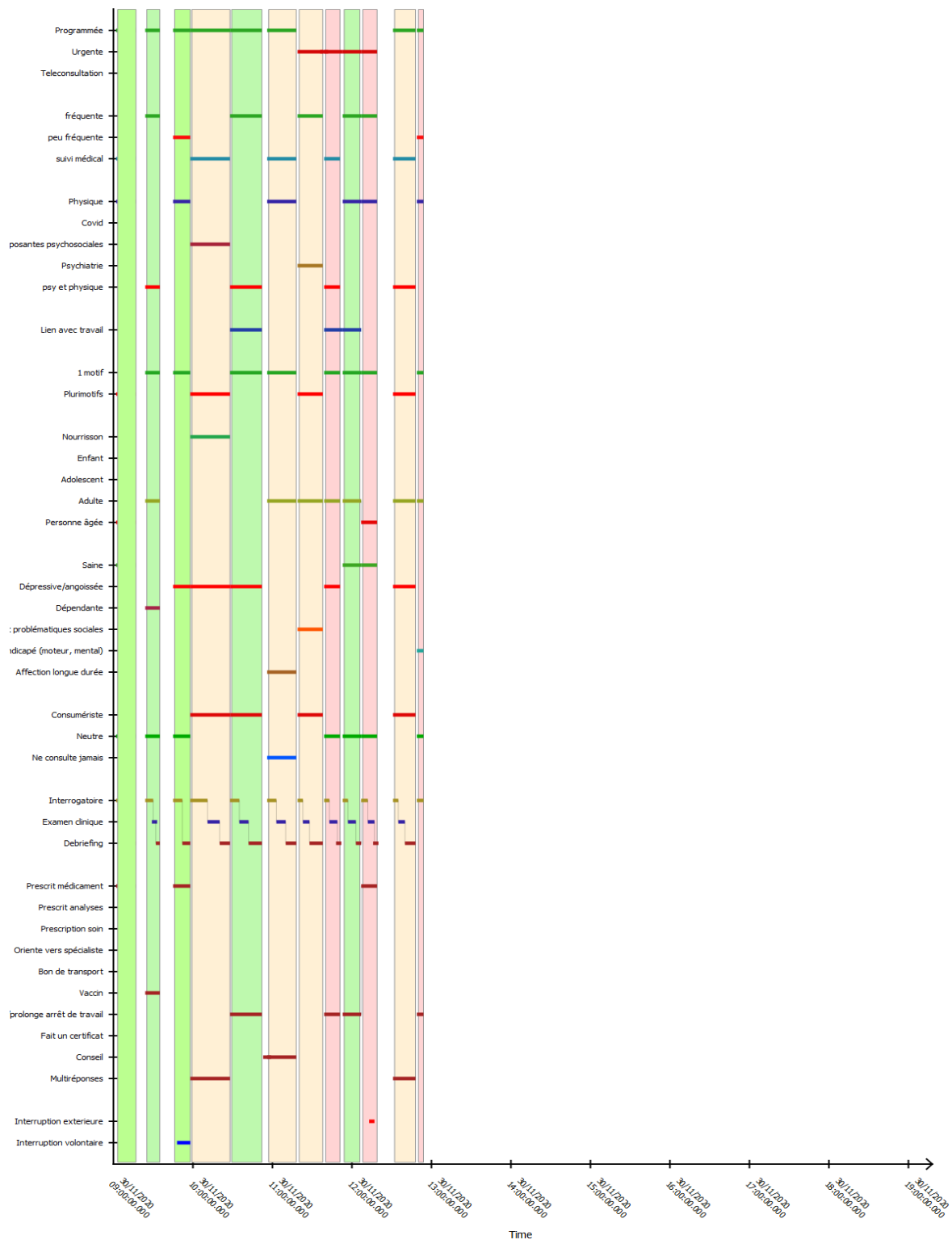


Figure 7 : Chronique de l'activité de consultation de H36 sur une demi-journée

Il organise son programme de RDV en mettant toutes les consultations en début de journée, en prévoyant 20 min par consultation classique et 30 min pour les enfants. Il met les consultations urgentes en fin de journée sur des créneaux de 15 min. Il finit sa journée pendant le créneau de la pause déjeuner avec des consultations qu'il juge lourdes (patients en situation de handicap et en grande souffrance).

Anticiper l'activité à venir : des pauses informatiques entre chaque consultation

H36 n'enchaîne pas les consultations successivement, il marque un temps de pause entre chaque consultation pour voir les éléments du dossier informatique du patient suivant, fait des hypothèses sur les raisons de leur venue et vérifie les informations à traiter pendant la consultation (retour d'examen, suivi d'ordonnance, raison de la dernière visite, etc.). Autrement dit, ce temps de préparation lui permet d'anticiper ce qui sera nécessaire à échanger pour être efficace dans les interactions.

Typologie de consultation : une patientèle typique de zone désertifiée ?

La majorité de ses consultations concernent des demandes fréquentes (grippe, ORL, infection urinaire, etc.) et de suivi médical (renouvellement d'ordonnances, d'arrêts de travail, retour d'examen, vaccins, etc.). Elles concernent autant des problématiques purement physiques que des problématiques psychologiques et physiques, ainsi que 2 uniquement psychologique/psychiatrique. On retrouve ici nos analyses relatives à une patientèle en zone désertifiée présentant des troubles de santé mentale, surtout dans la zone du nord Isère, en contraste avec F61 dans le sud Isère et par manque global de prise en charge thérapeutique pour ce type de patientèle (addictologue, psychiatre, assistante sociale, etc.) dans les zones désertifiées : un monsieur gros fumeur en dépression qui vient d'arrêter l'alcool, un monsieur anxieux avec des problèmes de cœur et toxicomanie, une dame angoissée avec un enfant autiste et des difficultés d'éducation de son dernier enfant, une boulangère avec des troubles de la thyroïde et des problèmes de couple, un monsieur en mauvaise santé qui ne se prend pas en charge sur le plan médical, un monsieur avec des troubles psychiatriques qui vient avec une longue liste écrite de symptômes pour ne rien oublier, une dame qui ne fait pas le deuil de son père alors qu'il était connu pour des violences familiales, une personne âgée souffrant de solitude ou encore une jeune fille sous curatelle.

Trois consultations sont en lien avec le travail, il s'agit de mettre un arrêt de travail (un jeune homme du BTP qui s'est fait mal au coude en travaillant avec un marteau) et de renouvellement de deux arrêts de travail (dame avec des troubles de TMS dont le tableau clinique montre de la dépression pour des problèmes familiaux).

Style de la consultation :

Les patients viennent plus souvent pour un seul motif plutôt que plusieurs. Mais le médecin sait que derrière la souffrance organique se cache une souffrance psychique pouvant être à l'origine de ses troubles physiques mais qu'il est parfois difficile à pointer du doigt avec le patient. Une dame vient pour un renouvellement d'arrêt de travail : elle n'arrive plus à bouger son bras dans le cadre d'un travail répétitif en ambiance froide dans le milieu industriel. Le médecin lui demande rapidement de s'installer sur la table d'auscultation, fait l'examen médical complet des troubles musculo-squelettiques, vient à lui parler de sa dépression par rapport au deuil de son père et lui conseille d'aller voir un psychologue : *« C'est des patients... Elle, je la connais par cœur aussi. C'est vrai que ça joue vachement. Elle avait déjà fait ça dans le passé il y a quatre ans. Elle était rentrée en relation avec moi avec une névralgie cervico brachiale et puis en fait c'était une dépression. Elle refait pareil. Je sais qu'il ne faut pas m'inquiéter. Ce n'est pas une jeune qui va bien. Il y a tout un contexte familial derrière. Je suis aussi les autres frères et sœurs. Ils sont tous bizarres, ils ont une souffrance. Donc elle, elle se présente, on sait qu'elle a un contexte familial lourd et elle dit « j'ai mal au bras ». C'est ça, son premier truc. On sait bien qu'elle a des douleurs dans le bras, elle vient de perdre son papa avec qui elle avait une relation peut-être fusionnelle (je n'ai pas bien compris exactement). Après elle dit « je ne dors pas », « mais vous ne dormez pas à cause de la douleur du bras ou c'est parce que vous pensez à votre papa ? » « En fait c'est parce que je pense à mon papa ». Son problème n°1, c'est l'insomnie liée au deuil mais elle ne va pas m'en parler si je ne lui en parle pas ».*

Cependant, cette patiente n'ira pas voir de psychologue, du fait du coût financier que cela représente mais aussi du déni de sa dépression. Même si ce RDV pourrait vite être pris auprès de sa collègue psychologue appartenant à la maison de santé. La non coopération de la patiente crée un malaise pour le médecin qui ne souhaite pas donner de traitement antidépresseur sans avoir cherché à traiter la cause.

Ce médecin a envie de quitter son métier pour faire demain ce qu'il appelle de la vraie médecine, de la médecine communautaire dans une structure d'hébergement d'urgence ou de SAMU social.

Il est gêné par les attitudes consuméristes de sa patientèle qui vient le voir pour avoir des somnifères ou des antidépresseurs. Il tente d'expliquer les mécanismes néfastes sur le long terme de ces médicaments et d'amener le patient à se poser la question de ce qui ne va pas dans leur vie. Cela lui prend du temps sur son temps de consultation et l'amène parfois à prendre du retard sur la consultation suivante, avec une charge mentale et psychique plus importante.

Son style peut être lié à sa patientèle qui comporte beaucoup de personnes dépressives et angoissées qui sont pour beaucoup des adultes en difficultés économiques et sociales. Il n'a reçu pendant la matinée que deux personnes âgées et un bébé. Il dit ne pas aimer tellement consultations pédiatriques : les pleurs, la fatigue, les relations fusionnelles entre les parents et les enfants. En ce qui concerne les personnes âgées, il développe des stratégies pour gagner du temps : demander de se déshabiller pendant l'interrogatoire, faire les papiers administratifs ou regarder des informations sur l'ordinateur pendant le rhabillage, se rapprocher de la porte de sortie et l'ouvrir pour indiquer la fin de la consultation.

Ses consultations se déroulent toujours de la même manière : interrogatoire, examen clinique, conclusion, sauf dans deux cas : renouvellement d'une ordonnance pour un monsieur qu'il suit régulièrement pour des problèmes coronariens ; remplissage d'un dossier de curatelle pour une jeune fille très renfermée qui ne parle quasiment pas.

Il ne prescrit finalement pas des médicaments à toutes les consultations. Ceci peut être lié à la nature de la consultation (vaccins, renouvellement d'ordonnance) et à de nombreux arrêts de travail. Cependant il prescrit des médicaments lors des réponses multiples (médicament et orienter vers un spécialiste).

Relation avec les collègues et confrères

Durant sa journée, il consulte régulièrement sur son ordinateur les plannings de ses confrères médecins de la maison de santé, ce qui lui permet de les soutenir moralement s'ils accumulent du retard ou ont un patient difficile connu de tous.

Il discute avec eux dans la salle de pause au moment du repas. Il est en interaction avec les psychologues, orthophonistes, infirmières pendant le repas mais aussi au cours de sa vacation (2 fois : avec l'infirmière pour un test COVID et avec la psychologue pour l'informer qu'il lui a envoyé une patiente mais qu'elle ne viendra sûrement pas).

Il est très peu interrompu pendant sa consultation, le secrétariat gérant les appels entrants et la prise de RDV, selon le planning de programmation prévu (consultations ordinaires, pédiatriques et urgences).

Il décroche son téléphone pour appeler un spécialiste. Lors de la consultation, les résultats d'analyse apportés par le patient ne sont pas bons : *"c'est urgent, il ne faut pas traîner"*. Il préfère appeler lui-même le médecin qui a opéré le patient pour savoir si cela nécessite une nouvelle opération. Au cours d'une consultation avec un autre patient, il reçoit un appel provenant de la femme d'un monsieur qu'il suit et qui fait une mauvaise réaction malgré un antibiotique. Il est en train de consulter une dame âgée qui est sur la table de consultation. Il prend le temps de bien écouter l'appel et s'excuse ensuite auprès de sa patiente qui a attendu un petit peu. Il collabore ensuite avec l'infirmière pour un suivi de proximité à domicile avec le monsieur qui ne va pas bien. Cette gestion de l'urgence avec une coopération de l'entourage du patient apparaît spécifique à une activité médicale en zone désertifiée.

Nous avons pu observer une réunion d'équipe mensuelle des médecins de la maison de santé, qui avait pour ordre du jour la définition des plannings et des congés. Les échanges étaient constructifs pour que chaque médecin puisse trouver une organisation temporelle soucieuse d'un équilibre travail et hors travail et d'un soutien mutuel entre collègues sur des contraintes partagées (permanence de soin lors des jours fériés, consultation en EHPAD, consultation covid).

G. Les liens santé et travail

Parmi les 10 médecins, 3 se disent en bonne santé, 4 ont vécu un épisode d'épuisement, 1 se dit fatigué et épuisé et 2 sont dans un projet de quitter la profession. Les causes de facteurs psycho-sociaux sont principalement l'intensité du travail, le volume de patients, l'impossibilité de prendre des congés, le

travail de qualité empêché, les conflits de valeurs (refus de patients sans médecins traitants), la mauvaise qualité des rapports sociaux (absence de reconnaissance des collègues, des spécialistes de l'hôpital ou des politiques) et les difficultés à concilier le travail et la vie personnelle.

1. Des médecins qui tiennent

Parmi les trois personnes qui se disent en bonne santé, les causes des RPS sont le manque d'autonomie (H33 n'apprécie pas vraiment les contrôles du médecin conseil et de la sécurité sociale) et de mauvais rapports sociaux (difficultés à joindre les spécialistes lors des urgences ou les liens avec l'hôpital). F50 ressent par exemple un manque de soutien et de reconnaissance de la part du monde soignant (politiques, hôpitaux, psychologues) pour mener à bien son travail. Elle préfère travailler en collaboration qu'en maison de santé, qui l'amènerait à pratiquer des actes médicaux à l'encontre de son éthique personnelle. La charge financière du secrétariat est aussi évoquée par F50 ainsi que la faible rémunération par rapport au temps passé à travailler (longue journée, pause de 20 min.). Les trois médecins se trouvent découragés avec des acceptions diverses de la santé des patients qui relèvent d'une prise en charge autre que médicale.

Ils développent des régulations pour tenir le lien travail-santé :

- gérer la charge financière et de travail en partageant le secrétariat avec leurs associés (F43, H33);
- faire des temps de consultations courts et pratiquer une médecine d'urgence pour absorber le volume de patient tout en préservant son temps de récupération et sa vie familiale (H33);
- investir son travail et son engagement pour trouver un sens qui permette de mieux vivre certains sacrifices, comme F50 et F43, qui ont des durées de consultation assez longues, font de petites pauses déjeuners et travaillent presque tous les jours, mais s'épanouissent en zone désertifiée où elles ont un vrai sentiment d'utilité en participant notamment à dynamiser le bassin. F50 continue par ailleurs à faire de la recherche scientifique, considérant sa médecine clinique comme un lieu de production de connaissances. F43 vit aussi son métier avec passion, qui lui permet d'être continuellement en apprentissage.
- à l'inverse, il est possible de se préserver en s'en tenant aux compétences d'une médecine biomédicale : il s'agit par exemple d'éviter de creuser les histoires de violence des patients (inceste, violence conjugale, maltraitance) : « *Je ne veux pas savoir parce que c'est quand même des histoires sordides* » (H33).
- fidéliser des remplaçants de manière à se garantir des congés (F43).

Pour tous les médecins, leur famille est décrite comme une ressource et non un facteur de charge (discuter avec son conjoint), même si le nombre d'enfants à charge est encore important pour F50.

2. Des médecins avec des épisodes d'épuisement

Les quatre médecins ayant vécu des épisodes d'épuisement cumulent un ensemble de facteurs de RPS. Ce sont des femmes dans notre échantillon. Elles ont toute une intensité élevée de travail en termes de volume horaire (de forte amplitude horaire, par exemple 8h30 à 21h, ou interruption fréquente pendant la consultation) et manquent de temps libre personnel. Elles sont soumises à la pression des patients ou des patients lourds (coûteux émotionnellement, plaintifs, troubles psychosociaux, F40-F49). Les conflits de valeurs et de sens de leur travail sont importants (ne pas laisser des patients sans médecin, F61- F49, devoir refuser, F40) : « *En fait, je sais très bien que si j'augmente mon activité, je ne vais pas être bien. Du coup, ça me demande beaucoup d'énergie de ne pas augmenter mon activité, c'est facile de répondre à la demande et de ne pas avoir à répondre aux critiques des gens qui disent qu'on n'est pas assez disponible. Mais en tout cas, je sais que si je travaille 60h par semaine je ne vais pas être bien dans ma tête* » (F40 - 950 patients). L'épisode d'épuisement a pu avoir eu lieu du fait de la difficulté à concilier vie professionnelle et familiale, notamment au moment de la naissance de leurs enfants et de la gestion de leurs jeunes âges. Elles ne peuvent s'appuyer sur un collectif. L'une d'entre elles travaille de manière isolée et ne trouve pas de repereur à son cabinet (F61) pour pouvoir partir sereinement à la retraite. Pour F40, l'arrivée récente d'une médecin âgée ne soulage que très partiellement de sa charge de travail : d'une part, elle ne partage pas forcément les mêmes attentes et façons de travailler avec elle, et d'autre

part, le départ sous peu à la retraite de ce médecin l'amène déjà à réfléchir à trouver un nouveau repreneur. Toujours pour ce médecin, son secrétariat est aussi envahissant en l'interrompant fréquemment pendant les consultations. Une autre médecin a vécu une expérience de cabinet collectif qui ne s'est pas bien passée (F64). Elles ne ressentent aucun soutien de l'État et des politiques. L'épuisement se caractérise par de la dépression et un manque d'empathie dans la relation de soin : *“ben on est plus empathique. On part au boulot, on pleure le matin et quand la personne me dit qu'elle va pas bien, j'arrive plus à absorber le fait qu'elle aille pas bien, et je suis moins sympa et je peux pas être moins sympa, enfin pas sympa –..., mais il faut que je puisse être empathique, et quand il va pas bien, accepter qu'il aille pas bien et pouvoir l'aider, parce que quand on arrive le matin et qu'on est au bout du bout...”* (F49).

Leurs régulations peuvent être peut viables dans le long terme et sont hétérogènes selon les caractéristiques de statut des médecins. Le médecin en cabinet individuel (F61) travaille seule, et pourtant, c'est grâce à l'intervention d'un tiers, sa secrétaire, qu'elle a accepté de diminuer son amplitude horaire et le nombre de jours travaillés suite à son épisode d'épuisement. La médecin en cabinet médical de collaboration (F40) a pour horizon la création de la maison de santé pour récupérer du temps libre, ce qui lui permet de supporter aujourd'hui la surcharge de travail. Le soutien de sa collègue, notamment pour s'autoriser moralement à partir en congés, lui est très précieux. L'autre médecin en maison médicale (F64), depuis son épisode d'épuisement en début de parcours, a investi ses consultations sur la souffrance des patients en se formant à l'analyse transactionnelle et la communication. Elle travaille avec son mari et s'appuie sur le nouveau collectif de médecins, elle ne conçoit pas faire de la médecine seule. Enfin, la médecin en collaboration (F49) réussit à lutter contre l'usure en se réaménageant des semaines de congés et par l'embauche récente d'une assistante médicale, aide apportée par la CPAM dans les zones désertifiées pour absorber le volume de patientèle.

Trois de ces 4 médecins femmes tiennent la pénibilité de leur travail par un engagement dans leur travail se référant à des valeurs professionnelles d'utilité *« Le travail pour moi, c'est une vraie valeur de l'existence, et puis de se sentir utile pour la société »* (F61), qui peuvent conduire à un surinvestissement, aussi à la genèse de l'épuisement professionnel.

3. Des médecins épuisés

Le médecin fatigué et épuisé souffre de mauvaise qualité des rapports sociaux. Il s'est spécialisé dans la phytothérapie et l'acupuncture d'abord pour se guérir de l'asthme et puis comme un changement de sa pratique de médecine générale pour donner du sens à son travail face aux difficultés de santé globale de sa patientèle et à ses souhaits initiaux de faire de la recherche en médecine interne. Il n'est pas reconnu par ses pairs qui font une médecine conventionnelle, ni par la CPAM qui ne rembourse pas des actes spécialisés. Il refuse de travailler en maison médicale car il ne souhaite pas partager les dossiers de ses patients avec d'autres médecins. Il ne prend pas d'internes et ne cherche pas à transmettre son savoir. Il est gêné par ses outils de travail, notamment par les problèmes de réseau qui s'aggravent au fil du temps. Cet épuisement général se renforce avec les événements marquants qui ponctuent son exercice professionnel (meurtres, accidents mortels, violence conjugale).

Ses régulations sont principalement dans le développement de ses compétences de spécialité avec un intérêt pour son travail et un sentiment d'utilité (traitement de maladie rare, incurable, délaissée des autres médecins). Il est reconnu par sa patientèle pour ses résultats thérapeutiques et par des collègues avec qui il partage une même conception de la médecine. Il travaille en famille (sa femme est infirmière dans le cabinet et sa belle-sœur secrétaire). Il ne souffre pas de la pression temporelle : il peut pratiquer des consultations longues (moyenne : 34 min) d'un côté, de l'autre, sa femme et belle-sœur installent les patients sur les machines, ce qui lui permet de tenir quantité, qualité et les finances. Il n'est cependant pas satisfait de sa rémunération.

4. Des médecins qui souhaitent partir

Les médecins souhaitant quitter le métier sont dans un conflit de valeurs, une qualité du travail empêchée par la pression de la patientèle (plus de 400 personnes sur liste d'attente sans médecin traitant), l'intensité et les exigences émotionnelles fortes de certains patients. Dans notre échantillon, ce sont des

hommes jeunes qui ont le projet de partir. Face à ces conflits de buts (entre qualité du suivi et volume de patients sans médecin traitant), ils font le choix de refuser de nouveaux patients afin de ne pas diminuer les durées de consultation ou d'augmenter les délais entre deux RDV. Ils rencontrent des difficultés à envoyer leur patient vers des spécialistes, du fait de la faible disponibilité des spécialistes et des hôpitaux surchargés, cette difficulté à joindre des spécialistes étant accrue par leur faible ancienneté et donc leur manque de réseau. En outre, ils disent parfois s'ennuyer avec leur patientèle dont les motifs psychosociaux peuvent être plus nombreux que les motifs organiques et pour lesquels ils se sentent inutiles.

Leurs régulations se situent dans le portage de projet de création de maison médicale, qui leur permet de bien articuler la vie personnelle et professionnelle (le sport et les voyages pour l'un, la vie familiale pour l'autre). La maison de santé permet également de pouvoir s'appuyer sur d'autres professionnels pour gérer les exigences émotionnelles de la patientèle (complexité de certains cas). Ils prennent souvent des congés et de longs congés car ils parviennent facilement à assurer la continuité des soins (entre confrères de la même maison médicale, attractivité auprès des remplaçants et des internes). Ils aiment la médecine d'urgence, la détection et le suivi de pathologies graves. Ils sont satisfaits de leurs diagnostics et de leur expertise technique. Ils ne prennent pas de patientèle supplémentaire qui viendrait dégrader la qualité de leur travail et assume ce choix vis-à-vis de leurs collègues : *« j'ai repris les patients d'un médecin qui était installé depuis 1978, il avait beaucoup de monde et donc j'ai jamais pris de nouveaux patients. Alors c'est bizarre hein, en tant que jeune... Alors j'ai quelques réflexions... que je ne respectais pas le serment d'Hippocrate — même avant de m'installer, j'ai toujours eu l'habitude de travailler sous pression »* (H36). Ils ont appris à se détacher et à ne pas vivre dans la culpabilité de n'avoir pas pu *« sauver des vies tous les jours. Quand on a un peu de détachement, on se rend compte que la plupart du temps, on n'a rien fait chez des gens, qui de toute façon n'avaient rien, ça détend ! »* (H34).

Pour tous les médecins rencontrés, les stratégies de préservation de la santé se situent dans la possibilité de récupération de la fatigue par les congés : *« les vacances sont nécessaires »* (F43). Pour l'une, c'est partir un mois marcher sur les sentiers de France pour "se retaper" (F61). Pour un autre, c'est pouvoir faire du sport les week-ends ou partir plusieurs mois en vacances : *« il me faut mes conditions pour que je supporte tout ça, c'est qu'il me faut mon week-end de trois jours et il me faut beaucoup de vacances. Mais à ce compte-là, ça passe »* (H34).

Les médecins sont amenés, en zone désertifiée, à faire davantage de visites à domicile, coûteuses en temps de trajet, pour une quantité de patients âgés sans moyen de locomotion : *« C'est fatiguant la route en montagne »* (F40). Faire venir les personnes âgées au cabinet est possible par le financement d'un taxi et permet d'être *« mieux installés pour les examiner, on perd moins de temps »* (F50). Cela permet de réduire la charge liée aux trajets et donc de prendre quelques nouveaux patients. Prendre son temps avec le patient, quand c'est nécessaire, pour éviter qu'il ne revienne trop vite, est aussi une stratégie en zone désertifiée, d'autant plus que par rapport à la ville, ce n'est pas facile de *« botter en touche quand on est fatiguée ou le soir après 18h en disant "voilà il y a SOS médecin ou les urgences de la clinique", non, ici on ne peut pas les renvoyer »* (F64).

Le collectif participe à améliorer la qualité du travail et permet de tenir les liens travail-santé pour les médecins: *« C'est avoir un bon réseau avec tous les paramédicaux et les intervenants, c'est indispensable et puis avoir quelqu'un, un autre confrère »* (F43) ou *« travailler sur le même site, on s'envoie des messages entre nous »* (F43).

Mais les médecins restent cependant un peu seuls dans leur stratégie de gestion de la charge de travail, cette solitude accentuant les risques d'usure professionnelle. Il faut pouvoir absorber les demandes de la patientèle et trouver un équilibre financier : *« C'est stressant pour moi de devoir aller faire une visite à 20 min. du cabinet médical parce que ça me fait perdre deux consult's finalement, je fais 20 min. aller et 20 min. retour. C'est pas tant financièrement, je m'y retrouve avec les indemnités kilométriques, mais c'est la réponse à la demande où je m'y retrouve pas »* (F40). *« On est un peu comme les pompiers, un peu corvéable à merci. Il y avait presque 6000 patients inscrits, c'est de la folie, on ne peut pas absorber tout ça, même à trois »* (F50). *« Déjà qu'il faut qu'on paie la nounou, si on paie une secrétaire à mi-temps, c'est déjà énorme, hein. Donc après, c'est sans fin, plus on a de charge, plus il faut travailler, plus on a d'impôt, enfin c'est sans fin, puis c'est là qu'on fait un burnout quoi »* (F50).

Les stratégies de gestion des émotions, comme garder l'humour avec le patient, rire et ne pas dramatiser apparaissent efficaces pour tenir les contraintes du métier (F61, H36, H33, F64, F43), tout comme

autonomiser le patient par rapport à sa maladie. La reconnaissance de la disponibilité du médecin par les patients apparaît une ressource pour la santé : « *en fait, on se débrouille, les gens savent aussi qu'ils ont de la chance d'avoir un médecin, on est dispo, pour les gens, c'est important, donc ils nous le rendent bien aussi* » (F43). Les patients tolèrent les retards, les absences et les congés du médecin.

H. Les actions de prévention visant à soutenir l'activité des médecins généralistes en zone désertifiée

Soutenir les médecins généralistes en zone désertifiée nécessite la mise en œuvre de plusieurs actions de prévention qui tiennent compte de leurs caractéristiques d'activité, de santé, de travail collectif, spécifiques à leur environnement professionnel.

1. S'orienter vers la création de maison de santé pluridisciplinaire (MSP) ou de CPTS

Suite à des discussions sur nos résultats de recherche avec les médecins enquêtés et leurs représentants – le conseil de l'ordre et les représentants de la profession (URPS) – il apparaît important de souligner l'importance de construire des maisons de santé et des CPTS pour lutter contre l'isolement du médecin, s'appuyer sur la pluridisciplinarité, gérer les effectifs patient et le remplacement des médecins. La volonté politique d'accompagner la conception des MSP pourrait s'enrichir d'une bonne connaissance du travail réel des médecins et de leur implication/participation dans cette conception.

Dans notre échantillon, nous avons 3 médecins sur 10 actuellement en maison de santé (MSP) et 2 médecins en cabinet de collaboration en cours de création d'une maison de santé. La maison de santé ou CPTS est décrite comme un atout mais avec toutefois des limites selon le statut du médecin. Les médecins en maison de santé sont satisfaits de pouvoir partager le secrétariat, des locaux communs et de la pluridisciplinarité avec d'autres professionnels (kinés, psychologues). Mais la collaboration avec les infirmiers est à renforcer autrement : « *le côté MSP avec les infirmiers, il est pour toucher les subventions. C'est une demande de la Mairie, c'est pour arranger le montage. Pour l'instant en tout cas, on n'a pas fait grand-chose avec les infirmiers* » (H34). Le rapport avec la Mairie ou la collectivité est évoqué dans le montage de la MSP : accès à des locaux avec des discussions sur les loyers ou l'embauche d'une secrétaire à mi-temps. Les médecins en cours de montage d'une MSP trouvent que celui-ci est chronophage alors que le temps médical leur manque : « *le problème, c'est à nous de la monter, c'est à nous trouver une coordinatrice. En fait, il faudrait quelqu'un qui coordonne ça, quelqu'un qui soit rémunéré par l'ARS* » (F40). Des besoins de formation à ce nouveau métier de coordinateur de MSP ou CPTS sont exprimés pour soutenir la création et l'animation de ces dispositifs.

Les MSP apparaissent comme un moyen de renforcer des collaborations existantes dans une même structure, un même local, entre médecins, kinésithérapeutes, voire infirmières, pharmaciennes, rendant l'organisation plus fonctionnelle et ouvrant la possibilité de nouvelle embauche de médecin. Le fonctionnement collectif, jusque-là invisible et bénévole, peut être reconnu dans une MSP avec la rémunération des temps de réunion entre les professionnels.

Cependant, les médecins en cabinet individuel ne sont pas intéressés par les maisons de santé, voire critiques et réservés : en effet, si d'un côté, la MSP est attractive pour les jeunes médecins et les femmes, de l'autre, elle pourrait gêner l'expérience et la spécialisation de médecins plus âgés ainsi que leur relation personnalisée et de continuité avec leurs patients fidélisés. Aussi, même si la MSP peut, en augmentant la disponibilité des médecins, permettre aux patients de trouver des RDV plus rapidement, cela a toutefois pour contrepartie un amoindrissement du suivi médical engendrant des risques de retards de diagnostics. L'intégration dans une MSP comporte les contraintes du collectif, comme le fait de devoir harmoniser des pratiques médicales, mais qui ne sont pas nécessairement partagées par tous, comme l'IVG par exemple. Faire en sorte que chaque médecin puisse pratiquer selon son éthique et améliorer le cadre de la MSP pourrait donner un peu de souplesse pour être attractif pour tous les médecins.

2. Coordination avec le réseau de soin sur un territoire (urgence, accès aux spécialistes, proximité de soins - pharmacie, IDE à domicile, etc.)

- *Carnet d'adresses, hotline, accès à des spécialistes*

Avec l'expérience, les médecins généralistes arrivent à construire un carnet d'adresses pour avoir facilement accès à des spécialistes, prendre des RDV pour les patients, gérer les situations d'urgence. Mais cela s'acquiert avec le temps et la construction de réseau n'est jamais totalement stable. Il peut se détruire au fur et à mesure des départs des confrères. La possibilité pour les médecins d'avoir accès à une hotline de spécialistes (par exemple rhumatologie, gériatrie) et un annuaire professionnel à jour avec des accès directs pourrait nettement les aider dans leur diagnostic médical, orienter les analyses à approfondir, améliorer la qualité de prise en charge des patients. Les échanges de courriels entre médecins et hôpital fonctionnent assez bien d'après les médecins généralistes qui préfèrent le système informatique à un appel qui peut prendre du temps dans la consultation et interrompre le confrère.

- *renforcer le recours à des assistantes sociales et des psychologues*

Les consultations à dominante biopsychosociale sont nombreuses en zone désertifiée, les médecins ne peuvent traiter toutes les demandes, même si certains se sont formés sur cette dimension. Ils pourraient dans leur formation initiale être mieux formés à une approche psychosociale, même si la tendance à "humaniser" la formation biomédicale n'est pas partagée par tous. Le médecin peut être formé tout en conservant sa légitimité sur le plan médical et pourrait s'appuyer sur des relais d'assistantes sociales ou de psychologues. Mais le recours à ces professionnels du monde social est problématique en zone désertifiée, où ils ne sont pas assez nombreux avec peu de moyens d'intervention. Ainsi soutenir les médecins à la prise en charge médicale biopsychosociale nécessiterait de renforcer les moyens du travail social : assistantes sociales, conseillères familiales, éducateurs sur les territoires déserts, accès à des psychologues.

- *Réseaux/pool de remplacements*

La possibilité de se faire remplacer est une ressource de prévention cruciale pour le médecin. Certains ne prennent pas de vacances l'été pour ne pas laisser le cabinet seul. D'autres arrivent à fidéliser les mêmes remplaçants, qui deviennent quasiment des associés, appréciés des patients pour le suivi médical. Le remplacement fonctionne par le bouche à oreille mais les remplaçants peuvent être d'autant plus difficiles à trouver en zone désertifiée que les déplacements domicile-lieu de travail sont coûteux avec des difficultés à trouver un logement temporaire à proximité. Un pool de remplacement est souhaité comme une action de prévention par les médecins pour gérer leurs absentéismes courts ou longs, à condition d'avoir la possibilité de fidéliser les remplaçants sur le territoire. Les sites internet de remplacement existants aussi dans d'autres secteurs (restauration, hôtellerie, etc.) ne semblent pas bien fonctionner pour les conditions d'emploi qu'ils offrent à ce type de salariat.

- *Créer un service de consultation d'urgence et renforcer le lien avec le milieu hospitalier*

Les médecins en zone désertifiée sont amenés à faire des premiers secours, mais leur éloignement de l'hôpital rend la gestion des situations d'urgence difficile quand il n'y a pas de garde ou un service de consultation d'urgence sans RDV à proximité. Même si la maison de santé répond partiellement à ce besoin, les liens de partenariat avec l'hôpital et les cliniques restent à consolider par une meilleure définition de l'urgence et de la gestion des soins non programmés sur le territoire. Les plaintes de médecins vis-à-vis de la non reconnaissance de leur travail par le monde hospitalier relève davantage de problèmes structurels de la gestion du système de soin et mériterait plus de dialogue entre les contraintes des uns et des autres pour réorganiser ce système. Certains médecins suggèrent de repenser le système de soin à partir des pratiques des médecins généralistes, qui sont finalement les premiers acteurs filtrant un passage aux urgences. Mais l'organisation des urgences est également à repenser : régulation entre le SAMU, le SMUR, les hôpitaux, les cliniques, le médecin généraliste de manière à améliorer l'identification des interlocuteurs pour une meilleure régulation.

3. Des dispositifs à inventer pour sortir de la souffrance mentale

Les cas de dépression, de burnout, d'épuisement témoignent d'une réelle souffrance mentale chez les médecins généralistes, qui ne peut être dévoilée aisément quand on est médecin. Ils supportent l'intensité de leur travail et le sacrifice de leurs temps personnels grâce à leur engagement dans le travail, au sens du devoir, au sentiment d'utilité et à la reconnaissance des patients. L'arrêt de travail n'est pas simple pour les médecins qui ne veulent pas lâcher leur activité, ce qui les conduit à aller jusqu'au bout de leurs ressources avec des situations d'épuisement professionnel et des pathologies graves. Ce phénomène est d'autant plus exacerbé en zone désertifiée que le médecin généraliste travaille seul ou se trouve avec une charge de travail très élevée avec un retard de prise en charge médicale.

- *Cellule de soutien – médecin en situation de dépression, en train de basculer*

Il serait intéressant de donner des moyens d'aide psychologique aux médecins fragilisés s'accompagnant de moyens organisationnels pour tenir leurs conditions de travail : par exemple, le remplacement pour réduire les horaires, un accès facilité à un médecin du travail, l'embauche d'une secrétaire ou assistante pour soutenir les tâches administratives ou de suivi médical.

- *Développer des dispositifs de pratiques réflexives*

La démarche méthodologique de l'analyse du travail consiste pour le médecin à être observé dans une situation réelle de travail et à faire ensuite un entretien d'autoconfrontation sur sa pratique professionnelle. Elle transforme le médecin à plusieurs niveaux : mise en lisibilité de son activité, présence d'un autre - l'observateur qui le perturbe et l'amène à une activité réflexive sur ce qu'il fait, comment il le fait et ce qu'il n'a pas pu faire. L'autoconfrontation sur l'observation de séquence de travail réel est un puissant outil méthodologique pour aider le professionnel à un retour réflexif sur sa propre activité, moteur du développement des pratiques. Celui-ci pourrait être complété par des méthodologies d'autoconfrontation collective qui permettraient au médecin de ne plus être seul dans sa pratique, de pouvoir partager l'éventail des pratiques possibles par rapport à des situations concrètes de travail et de pouvoir avoir un point de vue collectif sur les transformations de leur métier (organisationnel, de formation, technique).

- *Formation, tutorat comme moyen de valoriser son expérience, transmettre et pouvoir partir*

Le tutorat est une piste de prévention pour lutter contre l'usure. Cependant les médecins témoignent de leurs difficultés à s'y engager : « *trop de travail pour gérer les internes* » (F50). Des aides seraient à imaginer non pas seulement financières mais en termes de volume de consultation pour inciter les médecins à prendre des internes. De plus, les temps de formation extérieure pour les médecins sont à soutenir comme moyen de prendre de la distance avec le quotidien et de renouveler les pratiques professionnelles.

- *Secrétariat et assistante médicale*

Pouvoir se payer une secrétaire à plein temps ou bénéficier de l'embauche d'une assistante médicale améliore grandement la régulation de la charge de travail pour le médecin généraliste. Il semble important de former les secrétaires, pour qu'elles soient mieux armées à faire face aux caractéristiques de la patientèle en zone désertifiée et qu'elles puissent donner des conseils de prévention qui ne relèvent pas du médical : « *Elle me fait plus que du secrétariat, elle fait du conseil, ça nous dépanne vraiment beaucoup* » (F43). F40 parle même du rôle de travailleur social des secrétaires, qui la soulagerait les aspects sociaux dans les consultations : « *Avoir un service d'assistance médicale, ça soulagerait énormément, ne serait-ce que pour classer les dossiers, accueillir les patients à l'entrée, répondre au téléphone au moins l'autre moitié du temps, c'est au moins la clé du succès pour avoir envie de s'installer* » (F49).

- Informatique, moyens de travail

L'accès au réseau informatique Ameli n'est pas toujours fiable dans des zones désertifiées, augmentant le temps de consultation et les interruptions. L'installation de la fibre pourrait améliorer les tâches administratives et médicales des médecins généralistes. Les pannes informatiques sont également coûteuses en temps de réparation et de récupération des données non saisies pendant la consultation. Un matériel et une connexion adaptée permettent d'éviter des gênes dans le travail, d'avoir un environnement facilitant la réalisation du travail : « *heureusement que j'ai l'informatique et que j'écris tout hein* » (F49). La gestion de l'information avec l'ordinateur apparaît comme un instrument de travail, à condition que celui-ci fonctionne bien.

- Pluridisciplinarité

Comme évoqué précédemment, sortir le médecin généraliste en zone désertifiée de son isolement par la création de maison de santé ou de CPTS est une piste prometteuse de prévention de l'usure professionnelle. Mais on peut également penser au soutien de réseaux d'autres professionnels : les psychologues comme relais aux patients ayant des troubles mentaux, le développement de pratique avancée d'IDE pour éviter de laisser des patients sans médecin.

- Portefeuille de patients

La non maîtrise du temps est un facteur d'usure. Il est difficile de refuser de nouveaux patients car l'allongement du temps de travail n'est pas tenable. Il y a des réalités médicales en zone désertifiée urgentes à traiter localement et à organiser politiquement entre les communes sur le territoire d'accès aux soins, notamment celles avec 400 patients sans médecins traitants. Limiter le nombre de jours travaillés, l'amplitude horaire ou le volume de patients serait nécessaire pour une activité durable. La différence d'effectifs de patientèle couverts par les médecins de ville et de campagne est très élevée (700 en moyenne en ville pour 2000 environ en campagne). Si les médecins en zone désertifiée ont des primes, cela n'apparaît pas suffisant pour prévenir l'usure. Un volume acceptable serait à définir, avec une prise en compte d'une typologie de la gravité des pathologies précisant le portefeuille des patients à couvrir. Ce volume serait complété par une formation au médecin pour apprendre au moment de son installation à ne pas être disponible tout le temps et corvéable, condition d'installation dans ces zones désertifiées, à créer des relations de coopération entre le patient et le médecin, celui-ci apprenant au patient à savoir ce qui relève de l'urgence ou ce qui peut attendre. Si le médecin novice peut plus facilement dire non en début de carrière au moment de la création de son portefeuille de patientèle, les médecins anciens peuvent en revanche être plus en difficultés pour se désengager d'une patientèle suivie depuis longtemps. Des stratégies de report de RDV, de consultation différée ou en téléconsultation seraient à échanger entre les médecins âgés ayant des années d'ancienneté d'installation.

4. Des compétences de soutenabilité à valoriser

Les observations fines de l'activité des médecins permettent d'accéder à des stratégies dans la gestion de la consultation visant l'efficacité du soin et la qualité du travail, malgré les multiples contraintes qui pèsent sur les conditions d'exercice des médecins en zone désertifiée. Les compétences relationnelles et psycho-sociales se développent pour une prise en charge bio-médicale et psychosociale de la patientèle. Ces compétences de *care* apparaissent chronophages (temps de consultation plus long pour le même montant d'honoraire) mais avec, on le suppose, des bénéfices sur le long terme où le patient revient moins en consultation. Elles aident le patient à s'autonomiser et à prendre soin de leur santé au sens large, donnent du sens à l'activité du médecin et diminuent la gestion de pathologie d'urgence. Les compétences à travailler sous contrainte de temps ou à ne pas culpabiliser de ne pas pouvoir tout faire sont aussi à valoriser. Les compétences déployées dans leur cabinet devraient faire l'objet de débats entre les médecins, d'échanges de pratiques, de construction de collectifs. Des dispositifs sont à inventer pour créer ces espaces de débat sur le travail réel.

L'équilibre de vie professionnelle et personnelle, la possibilité de prendre des congés, de se faire remplacer sont aussi à soutenir dans l'organisation des plannings horaires.

Enfin, les questions de genre, de parcours, de génération dans l'installation en zone désertifiée ne sont pas à sous-estimer. Elles prennent une part importante dans les choix professionnels et déterminent en partie l'attractivité vers un territoire désertifié : « *Ce que veulent les jeunes maintenant, c'est de bosser dans un cabinet de groupe* » (F50, médecin en collaboration), ce que leur offre la MSD en zone désertifiée. Par ailleurs, la volonté d'articuler vie professionnelle et personnelle n'est pas l'apanage des femmes : dans notre échantillon, les jeunes médecins hommes (H36, H33) recherchent un équilibre avec leur vie familiale, par le biais d'une maison de santé par exemple, qui permet à H36 un système horaire où il peut s'occuper de ses jeunes enfants.

Le modèle professionnel du « médecin de campagne » est révolu et invite à imaginer d'autres formes de réalisation de l'activité.

5. Perspectives politiques pour la prévention

A l'issue de notre recherche, les pistes de prévention proposées nécessitent de bénéficier de politiques incitatives ou de soutien politique pour leurs mises en œuvre.

- L'indice APL pour définir une zone désertifiée n'apparaît pas suffisant et mériterait une définition plus élargie prenant en compte l'activité du médecin, la complexité de ses situations de travail (patientèle, environnement), sa charge de travail.

- Pour les populations non suivies sur un territoire par manque de médecins, les politiques incitatives à la création d'un cabinet médical ou d'une maison de santé sont importantes pour rendre attractives les zones désertifiées pour les médecins généralistes. Elles permettraient de couvrir des zones non couvertes et d'embaucher plus de médecins, réduisant l'effectif pour les autres. Avoir des politiques incitatives pour l'embauche de médecins est un effort à poursuivre : « *Quand il n'y pas assez de médecins, on peut avoir toutes les aides que l'on veut...c'est l'effectif qui est compliqué* » (F40). Embaucher des jeunes crée « *une dynamique d'une offre d'un bassin de vie* » (H34).

- Lutter contre la désertification sur un territoire - comme garder une banque, une école, une boulangerie, tout comme dynamiser certains bassins d'emploi complètement délaissés, remettre des transports en commun - est primordial pour que le médecin puisse poursuivre son activité sans être gêné par un environnement social inadéquat par rapport à ses besoins personnels et que la population patientèle puisse également rester sur le territoire.

- Faciliter l'installation des médecins en campagne : exercice de groupe, avoir une alarme dans les locaux quand on travaille seul le soir, aider à la recherche de locaux et d'équipement de travail adapté.

- Reconnaître les spécialisations : allopathie, physiothérapie qui sont des réponses aux spécificités de la patientèle prise en charge et le besoin de les autonomiser « *l'adhésion de son patient pour que le patient s'occupe, devienne responsable en partie de sa santé* » (H60). Les critiques sur ce type de médecine, ou sur des ordonnances de médicaments importantes ou d'arrêt de travail massif sont à nuancer au regard des caractéristiques de la patientèle qui pour une part est anti-vaccin, dans la sur-médication ou présentent des problématiques biopsychosociales graves.

- Revalorisation de la visite à domicile comme moyen de travail pour l'ensemble des médecins généralistes, y compris les médecins en zone désertifiée dans l'éloignement géographique de la patientèle est à prendre en compte dans le décompte du temps de consultation. Augmenter l'hospitalisation à domicile pour désengorger les lits d'hospitalisation impliquerait plus de visites à domicile pour les médecins et une collaboration avec les infirmières.

- Revaloriser le parcours de médecin généraliste dans la formation de médecine, comme un métier offrant des perspectives intéressantes de travail plutôt que d'être dévalorisé.

I. Conclusion de l'enquête ergonomique

L'analyse ergonomique proposée en complémentarité d'un volet sociologique de cette recherche sur la santé mentale des médecins généralistes en zone désertifiée avait pour objectif de réaliser des observations de leur activité dans des situations réelles de travail de consultation. Cette approche micro permet de comprendre par l'analyse de leur activité les difficultés rencontrées spécifiques à leur métier et les régulations mises en œuvre pour y faire face. Notre étude ergonomique sur 10 médecins généralistes pourrait être perçue comme limitée compte tenu de l'effectif des médecins observés, mais en réalité 325 consultations ont été observées pour une analyse qualitative et quantitative et la méthodologie préconisée par l'ergonomie ne s'arrête pas à l'observation mais à une analyse réflexive de son activité. Par la démarche réflexive qu'elle suscite chez les professionnels qui se font observer, elle met en évidence des écarts ou des similitudes entre ce qu'ils disent vouloir faire et ce qu'ils font vraiment ou aimeraient faire mais sont empêchés. L'entretien d'autoconfrontation sur les traces des observations de leur travail réel leur permet de prendre conscience de certains buts ou de certains obstacles - de difficultés non visibles ou d'intentions non verbalisées sans la présence d'un destinataire - celui qui les observe.

L'apport de l'analyse de l'activité amène à élargir la définition des problématiques des liens travail-santé des zones désertifiées. L'indicateur APL n'est pas suffisant pour rendre compte de la réalité des situations rencontrées par les médecins généralistes. Il apparaît qu'il n'y a pas une définition unique de cette zone désertifiée mais plusieurs en fonction des situations singulières, des manières d'exercer le métier selon l'âge, le genre, des conditions d'exercice (individuelles ou collectives), et des ressources disponibles ou créées par les médecins eux-mêmes. La plupart des médecins que nous avons rencontrés ne se définissent pas dans un désert médical, même si les données objectives en témoignent, car ils sont engagés dans leur activité et réussissent à reconcevoir et à transformer leur métier.

Le parcours de "santé" des médecins repose sur un équilibre dynamique entre quatre piliers : la maîtrise des temps et de la charge de travail, la construction d'une relation avec les patients, le développement de compétences, la construction d'un réseau (cf. figure 8). Lorsque le médecin arrive à tenir les arbitrages dans son activité entre ces quatre piliers, il trouve des moyens ou des ressources pour préserver sa santé. En revanche, il peut se trouver en situation de déséquilibre lorsqu'un pilier est défaillant, par exemple la gestion de ses différents temps (travail/hors travail, agenda, temps des patients par rapport à la continuité de soin, etc.), pouvant l'amener à des phénomènes d'épuisement, voire d'usure professionnelle.

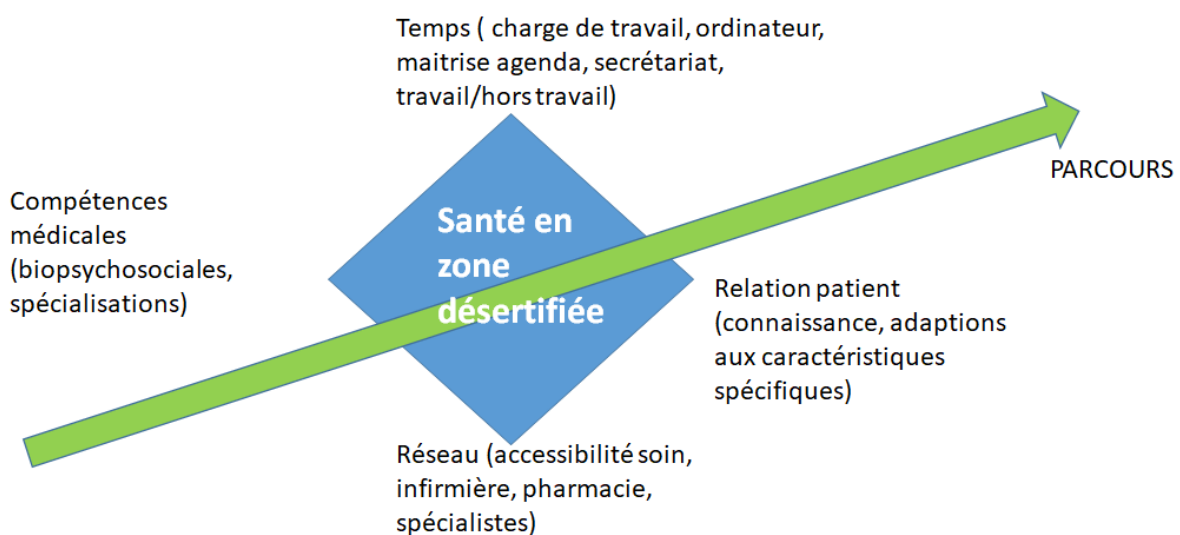


Figure 8 : Modèle quadripolaire pour une santé et un parcours de santé des médecins généralistes en zone désertifiée.

Nous avons pu observer que la gestion des temps de travail est multidimensionnelle, elle caractérise une charge de travail mentale et psychique : volume de patients, temporalités du médecin et du patient, responsabilités engagées dans le suivi médical, variétés des problèmes, négociation avec les spécialistes, possibilité d'entraides avec la secrétaire, etc. En zone désertifiée, le médecin généraliste connaît bien ses patients, du fait d'une proximité géographique et d'une intervention sur plusieurs membres de la famille du patient, voire même de génération. Ils construisent des relations avec leur patientèle ayant des caractéristiques sociodémographiques spécifiques à une zone désertifiée (psychiatrie, vieillissement, symptômes d'urgences). Pour pouvoir soigner ces patients, ils développent des compétences en se formant, ou se spécialisant dans certains domaines de la médecine ou des médecines alternatives, ou cherchent à répondre aux urgences et à autonomiser le patient pour qu'il apprenne à gérer sa maladie. Plusieurs d'entre eux construisent des compétences médicales relatives à une prise en charge biopsychosociale dans une approche holistique de la santé de leur patient. Une des ressources indispensables au travail de qualité du médecin généraliste en zone désertifiée est de pouvoir s'appuyer sur un réseau : la proximité avec une pharmacie ou des infirmières en libéral, qui passent chez le patient et ramènent des informations utiles à la continuité de soin ; les conseils de spécialistes de l'hôpital pour orienter le diagnostic et prendre des décisions ; des possibilités de travail en pluridisciplinarité avec des orthophonistes, des psychomotriciennes ou des psychologues quand le médecin ne peut aller plus loin avec le patient face à ses propres difficultés mentales ou psychiques. Le territoire joue un rôle sur les caractéristiques de la patientèle et l'accessibilité à un réseau comme nous avons pu le constater entre le Nord et le Sud Isère. Nos observations sont datées également à cause de la gestion de la crise COVID, mais nous avons fait le choix de ne pas organiser nos analyses sur cette focale, qui fera l'objet d'une autre étude.

Les transformations futures du métier de médecin généraliste en zone désertifiée sont à envisager dans les moyens de renforcer de nouvelles coopérations avec une re-conception du système de soin. La création de maison de santé pluriprofessionnelle (MSP) ou de CPTS sont une voie intéressante pour la prévention du travail/santé des médecins généralistes. D'autres pistes sont à explorer : la relation avec l'hôpital, les collaborations avec des assistantes sociales, l'effectif patients, les dispositifs de soutien des médecins, etc. Pour penser ce travail demain, il est prioritaire d'inclure le travail réel des médecins dans la réorganisation du système de soin et les transformations de leur activité.

Conclusion générale

Au terme de cette enquête articulant deux approches disciplinaires du travail, plusieurs constats s'imposent : les difficultés des médecins à maîtriser leur emploi du temps, renforcées en milieu médical sous-dense, l'importance des infrastructures nécessaires à l'exercice du métier, l'accroissement du travail administratif, qui met en péril les équilibres entre vie professionnelle et vie personnelle mais aussi entre temps de travail médical et temps de gestion économique du cabinet, l'impossibilité pour les « vieux médecins » de lâcher leur patientèle, la peur des jeunes femmes médecins de se retrouver en nombre insuffisant lorsque l'un des membres d'un cabinet de groupe s'apprête à partir, le report sur les médecins généralistes de soins psychiques liés à l'absence criante de spécialistes sur certains territoires, les transformations du modèle professionnels. Il apparaît également que le contenu du travail est fortement affecté par les caractéristiques de la patientèle, mais aussi par ces transferts de tâches qui ne sont pas ou plus assurées par d'autres.

L'enquête ergonomique met en évidence les conditions de travail et les modalités d'organisation du travail qui exposent les médecins généralistes à des risques psycho-sociaux ou qui les en protègent ; l'enquête sociologique, quant à elle, montre les effets des socialisations primaire et professionnelle des médecins généralistes sur leur capacité à se prémunir de ces risques, à les maîtriser ou à s'en extraire. La situation d'entretien, si elle expose toujours au risque d'illusion biographique¹¹¹, produit des effets sociaux de distanciation par rapport à une expérience passée, du fait même de se situer dans un espace coupé de l'action et de la pratique. Elle est propice de ce fait à identifier, pour nos enquêtés-es comme pour nous-mêmes des situations de rupture, de basculement vers des troubles de santé mentale à partir d'événements qui ont mis en suspens des évidences permettant d'agir dans des contextes donnés.

L'analyse ergonomique est intégrée au cœur même de l'action même si elle comprend des moments de confrontation. Elle permet d'observer en temps réel, dans le contexte du travail concret, quotidien, les pratiques saisies dans le réseau de contraintes dans lesquelles elles s'exercent, comme le retard pris dans une journée et qui découle d'une consultation à contenu « psychosociale ». Même si la sociologie que nous avons pratiquée à travers notre manière de réaliser les entretiens a été attentive à privilégier les récits de pratiques et les anecdotes plutôt que les discours généraux sur la profession, l'approche ergonomique, encore plus proche du travail concret, des ressources sur lesquelles ces médecins peuvent s'appuyer, ou qui leur font défaut de manière rédhitoire, a permis de révéler certains effets de l'absence de spécialistes en milieu rural, en particulier les psychologues.

Reposant sur l'observation de 325 consultations de 10 médecins, cette approche amène à prendre de la distance avec les indicateurs quantitatifs qui visent à définir la désertification médicale, tels que l'APL, et montre que les médecins ont leurs propres critères, liés à leur expérience de la possibilité de couvrir ou non les besoins, de faire un suivi régulier, ou encore d'être remplacés-es au moment de la retraite. Cette analyse met en évidence les conséquences de la densité médicale du territoire sur quatre dimensions du travail médical qui s'avèrent déterminantes pour la santé des médecins : la maîtrise des temps et de la charge de travail, la construction d'une relation avec les patient-es, le développement de compétences, la construction d'un réseau. Lorsque l'une de ces dimensions est durablement compromise, il peut en résulter un investissement accru d'autres dimensions du travail médical, puis des phénomènes d'épuisement, voire d'usure professionnelle. Par exemple, la construction d'un réseau de proximité avec d'autres professionnel·les de santé, obérée par la sous-densité des services médico-sociaux, conduit les médecins à se former pour acquérir des compétences leur permettant de faire face aux problèmes rencontrés, au prix d'un travail accru qui

¹¹¹ Pierre Bourdieu, L'illusion biographique, *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, 1986, n°62-63.

déséquilibre la gestion des différents temps (travail/hors travail, agenda, temps des patient-es par rapport à la continuité de soin, etc.).

L'analyse sociologique permet de replacer ces phénomènes de déséquilibre des temps sociaux et d'usure professionnelle dans des rapports de genre et des trajectoires de classe. En effet, les 65 médecins de notre corpus ne sont pas également armé-es pour composer avec ces quatre dimensions de leur travail, et l'enquête sociologique montre que la socialisation primaire (de classe et de genre) et professionnelle (médicale) détermine la capacité des médecins à maîtriser leur temps de travail, à faire face aux demandes des patient-es, à acquérir des compétences qui leur permettent d'améliorer leur position professionnelle ou leurs conditions de travail, à construire et entretenir un collectif de travail et un réseau professionnel.

La socialisation de genre produit ainsi des dispositions féminines à verbaliser les problèmes intimes et à consacrer du temps à l'écoute des patient-es ; il en résulte des consultations plus longues pour les femmes médecins, et donc des journées de travail plus longues, à volume de patient-es égal. Ici encore, l'approche ergonomique et l'approche sociologique se sont avérées complémentaires : en effet, en montrant à l'encontre des recherches statistiques sur le temps de travail des hommes et des femmes médecins que dans ce contexte spécifique les femmes font des journées plus longues (ce qui est un apport de l'enquête ergonomique), on peut, en s'appuyant sur une sociologie attentive à la fois au contexte et aux dispositions sociales, comprendre que les femmes sont plus que les hommes, « piégées » par leurs inclinations. C'est bien l'articulation des deux, et la faible marge de manœuvre associée à la situation locale, qui permet d'expliquer ce résultat.

Concernant la question, au cœur de notre recherche, des liens entre contextes d'exercice, dispositions et troubles/évitement des troubles de santé mentale, on peut constater et c'est aussi un résultat des enquêtes statistiques, que les conditions de travail se sont globalement dégradées pour les médecins généralistes. Les rapports entre l'Etat et les professions, d'une manière générale, ont évolué vers une réduction de l'autonomie professionnelle¹¹². Dans le cas des médecins, cela se traduit par un surcroît de tâches bureaucratiques imposées pour les mêmes soins, mais aussi par un contrôle accru de la sécurité sociale et une suspicion sur le bienfondé des prescriptions qui génère un stress supplémentaire à celui lié au cœur de métier (ne rien laisser échapper, rester attentif malgré la fatigue). Ce contrôle et cette suspicion ressortent aussi bien dans l'enquête ergonomique que dans l'enquête sociologique à propos des arrêts maladies¹¹³.

La raréfaction relative des médecins est évidemment une dimension essentielle de ce contexte, qui résulte d'une volonté de la profession de protéger les revenus des médecins en contrôlant étroitement le nombre de prétendant-es par le *numerus clausus* et qui affecte, parfois durement, les conditions d'exercice aujourd'hui et la possibilité de réguler son temps de travail.

Face à cet ensemble de conditions qui sont largement perçues par une altération de leurs conditions d'exercice, notre corpus d'entretien indique, en adéquation avec les hypothèses de la sociologie dispositionnaliste, un spectre large de réponses pour s'ajuster et dont la socialisation de classe peut rendre compte.

La socialisation de classe produit un rapport à l'argent qui distingue, d'une part, des médecins disposé-es à investir (dans des locaux, dans du matériel informatique, dans des diplômes complémentaires rentables dans le champ médical) et recruter (des collègues, des secrétaires), et qui se sentent légitimes à pratiquer des tarifs de consultation à la mesure de leurs investissements et à ajuster leurs conditions d'exercice à leurs aspirations pécuniaires ; et d'autre part, des médecins

¹¹² Valérie Boussard, Didier Demazière et Philippe Milburn, *L'injonction au professionnalisme. Analyse d'une dynamique plurielle*, Presses Universitaires de Rennes, 2010, p. 157-163.

¹¹³ L'enquête de Philippe Davezies et François Daniellou détaille davantage cette question, voir, « L'épuisement professionnel des médecins généralistes, une étude en Poitou- Charentes », Op. cit., pp. 37-42.

partageant une proximité familiale au service public et gêné-es de demander un chèque de 25 euros pour avoir écouté un patient parler pendant 20 minutes ou désajusté-es par rapport au modèle entrepreneurial de la médecine libérale. Selon ce rapport à l'argent, ce qui constitue une solution pour les un-es (par exemple, passer en secteur 2) n'en est pas une pour les autres.

La socialisation médicale, scandée par deux périodes de concours sélectifs et caractérisée par une compétition quasi-continue, produit des individus peu armé-es pour construire des collectifs de travail et des réseaux professionnels qui seraient à même de rendre le travail médical soutenable et satisfaisant au regard des objectifs de coordination des soins que s'assignent les médecins généralistes. Elle produit des médecins peu aptes à maîtriser leur temps de travail. Au contraire, les études de médecine apparaissent comme une instance de socialisation au travail sans limites, à l'encaissement d'une lourde charge de travail venant réduire les loisirs (notamment l'année du concours et d'accès à l'internat), à l'image de ce que préfigure le métier de médecin libéral. Ces études sont également marquées par des expériences fragilisatrices et par l'expérience de traumatismes voire de violences qui usent les ressources de ces jeunes médecins pour faire face à des horaires de travail exténuants. Plus ambiguës, les premières années de la vie professionnelle constituent parfois des occasions de rencontres de médecins qui tiennent lieu de modèles ou contre-modèles, et aident les jeunes médecins à rendre l'exercice médical soutenable, ou au contraire les en éloigne.

Enfin, parce qu'elle puise très tôt dans les ressources de jeunes adultes face à une surcharge de travail, la période d'études apparaît comme anticipatrice de sorties de la médecine générale en libéral, lorsque cette dernière apparaît à ces médecins comme le prolongement de ce qui leur avait déjà semblé excessif et exténuant dans leurs études. Cependant, cet effet d'usure prématurée ne s'exerce pas indifféremment des trajectoires et positions sociales, et est notamment modelé par les rapports de genre. Si la socialisation au sacrifice de la vie privée impacte les hommes comme les femmes au cours des études de médecine, les premières années de la vie professionnelle, contemporaines de la naissance des enfants, voient se creuser les écarts entre hommes et femmes : en raison de la division sexuée du travail et de la socialisation de genre, les femmes sont davantage exposées à un cumul intenable de travail médical, de travail administratif inhérent au travail médical libéral, et de travail domestique. L'accroissement soudain ou durable de la charge de travail dans l'une de ces trois sphères rompt alors un équilibre instable, et détériore leur santé. Certaines régularités apparaissant dans l'enquête nous amènent à identifier des événements récurrents qui produisent un basculement d'un équilibre tendu entre ces différentes dimensions du travail vers des problèmes de santé qui rendent la poursuite du travail impossible : départ en retraite d'un collègue, naissance d'un enfant, maladie du conjoint, prise en charge d'un travail administratif ou universitaire en plus du travail déjà accompli, changement de situation professionnelle de l'autre membre du couple. Le basculement se produit suite à une crise liée à un événement perturbateur : comme l'observe Olivier Mazade, « Un parcours biographique est un ensemble de trajectoires (professionnelle, familiale, etc.) en interrelation, relativement maîtrisé en « régime normal », c'est-à-dire comportant une certaine prévisibilité qui assure un relatif contrôle de leur synchronisation et permet un agencement négocié dans la sphère intime »¹¹⁴. En principe, cet agencement n'est pas mis en question par un événement quelconque dans l'une des sphères. La crise survient lorsqu'un « événement biographique propage ses effets à l'ensemble des trajectoires »¹¹⁵. Le départ d'un collègue en milieu rural met en péril des équilibres déjà fragiles entre vie professionnelle et vie familiale, qui sont ordinairement en tension, en particulier pour les femmes : il est parfois à l'origine d'une véritable panique qui prend la forme

¹¹⁴ Olivier Mazade, *La crise dans les parcours biographiques : un régime temporel spécifique ? Temporalités, revue de Sciences Humaines et Sociales*, 2011, n°13.

¹¹⁵ *Ibid.*

d'une crise car il devient impossible, par exemple, de rester à temps partiel (cette notion étant très relative dans le cas des médecins) et donc de s'investir dans l'éducation des enfants jeunes qui constitue avec le travail une priorité. Une généraliste qui a un cabinet avec son mari « sombre » dans le burn out lorsque celui-ci tombe malade et que les remplaçants formés par le couple refusent de s'installer pendant un an, ce qui étant donné son éthique du travail « à l'ancienne » (et donc sa socialisation professionnelle), constitue pour elle une profonde trahison. Les événements qui font choc sont variés, mais ils produisent des remaniements profonds dans la manière de pouvoir se projeter dans le métier.

Comme l'a montré Sophie Denave par son enquête sur les ruptures professionnelles et les reconversions dans des secteurs d'activité très éloignés du métier initial, l'événement exacerbe un « malaise professionnel préexistant, né du désajustement entre dispositions à agir et position professionnelle, et précipite le désengagement »¹¹⁶. Notre enquête nous amène à ajouter que les événements ne se transforment en événements « biographiques » que lorsqu'ils viennent contrecarrer de manière décisive des aspirations forgées au cours de la socialisation. Ils ne prennent cette dimension que parce que la situation est déjà tendue, sur le fil, pour les raisons que nous avons longuement énoncées de « sur travail ». Cette dimension « sur le fil » ou pour parler familièrement « en flux tendus » pourrait bien caractériser nombre de professionnel·les aujourd'hui confronté·es de près à toutes les transformations du travail qui se donnent à observer presque partout. Au-delà de la précarisation du travail qui touche les classes populaires et ses fractions les plus basses, l'intensification du travail qui prend évidemment des formes très variées selon les professions et leur histoire a pour effet d'entamer les ressources pour faire face aux événements prévus ou imprévus. Nos enquêtes sur les enseignant·es, qui subissent aujourd'hui de plein fouet la mise en œuvre de recettes managériales associées au processus de réforme de l'État¹¹⁷ dévoilent à quel point n'ayant plus la possibilité de renouveler des réserves d'énergie qui sont sur exploitées par l'institution, ils et elles tombent souvent malades lorsque précisément un événement vient s'ajouter à la surcharge structurelle de travail. Mais n'ayant pas la possibilité comme les médecins d'aménager leur charge de travail et étant étroitement contrôlé·es par l'institution à travers de nombreuses tâches bureaucratiques, les enseignant·es sont de plus en plus nombreux et nombreuses à démissionner. La marge de manœuvre dont disposent les médecins montre s'il en était besoin à quel point les professions et le pouvoir social qu'elles possèdent (ou pas) les place en situation très inégale face aux mutations contemporaines du travail.

Les médecins qui parviennent alors à préserver leur santé aménagent l'exercice libéral ou le quittent pour d'autres formes d'exercice de la médecine, selon des modalités déterminées par leur socialisation de classe et de genre. Les médecins qui sont enfants et/ou conjoint·es de cadres du secteur public sont plus souvent des femmes et quittent la médecine libérale pour des formes d'exercice salarié de la médecine dans le secteur public (centre municipal de santé, PMI, centre d'IVG, médecine scolaire, hôpital dans des services de psychiatrie, gériatrie ou soins palliatifs). Les médecins qui sont enfants et/ou conjoint·e·s d'indépendant·e·s (agriculteurs, artisans) ou de membres de professions libérales (médecins) sont plus souvent des hommes, et aménagent leur exercice de la médecine libérale en montant un projet collectif de maison de santé (allégeant leur charge de travail par le partage de certaines tâches administratives et la délégation à des secrétaires

¹¹⁶ Sophie Denave, « Les ruptures professionnelles : analyser les événements au croisement des dispositions professionnelles et des contextes »,

¹¹⁷ Philippe Bezès, *Réinventer l'État. Les réformes de l'administration française (1962-2008)*. Presses universitaires de France, Paris, 2009 et État, experts et savoirs néo-managériaux : Les producteurs et diffuseurs du New Public Management en France depuis les années 1970, Actes de la Recherche en Sciences Sociales juin 2012, n°193.

de la gestion des rendez-vous et du téléphone) ou en acquérant une spécialisation (acupuncture, homéopathie, médecine du sport) qui leur permet de pratiquer des tarifs de consultation plus élevés en secteur 2 tout en diminuant leur temps de travail, et/ou de sélectionner une patientèle plus aisée. Si l'on considère, avec Pierre Bourdieu, l'habitus spécifique au champ médical comme une « formation de compromis (au sens de Freud) » entre l'habitus primaire et la « socialisation spécifique »¹¹⁸, ici médicale, alors il importe de saisir les échecs de cette formation de compromis, c'est-à-dire les conditions dans lesquelles les études de médecine, dont on a montré qu'elles constituaient une instance de socialisation au travail sans limites, produisent des expériences fragilisatrices pour des individus qui ne connaissent ensuite d'autres limites que leur propre épuisement. Ainsi, la socialisation primaire, de classe et de genre, et notamment dans sa dimension de socialisation à l'argent, détermine les formes de sortie et d'aménagement de la médecine générale libérale, mais la socialisation secondaire (médicale, au cours des études et des premières années d'exercice du métier) détermine les capacités à résister ou non aux contraintes du métier, par la rencontre avec des modèles ou contre-modèles, et par l'expérience de traumatismes voire de violences qui usent les ressources de ces jeunes médecins pour faire face à des horaires de travail exténuants.

Suivant le modèle proposé par Bernard Lahire pour rendre compte du malaise que peuvent éprouver des individus aux expériences socialisatrices multiples¹¹⁹, le malaise de ces médecins face à l'exercice libéral résulte d'une pluralité interne (de dispositions) inassouvies (ici, dispositions au dévouement à autrui et à la gestion d'une « entreprise de médecine générale »), d'une pluralité externe (de situations) problématique (ici, confrontation à la misère sociale, aux demandes de médicaments ou certificats médicaux jugées excessives, au travail administratif, etc.), ou d'une pluralité d'investissements (ici, professionnels et familiaux) contradictoires. Ce sont également ces expériences socialisatrices multiples qui orientent les modalités de sorties ou les aménagements de l'exercice libéral de la médecine générale.

La socialisation primaire détermine donc les formes de sortie et d'aménagement de la médecine générale libérale, quand la socialisation professionnelle détermine la résistance aux conditions de travail. Paradoxalement, la socialisation primaire prépare plus ou moins bien les médecins à l'exercice libéral, et expose les femmes à un cumul impossible de travail professionnel débordant et de travail domestique, mais elle fournit aux médecins (hommes et femmes) des ressources pour se maintenir au travail tout en en modifiant les modalités, tandis que la socialisation professionnelle use et désarme les médecins face à des conditions de travail insoutenables.

¹¹⁸ Pierre Bourdieu, *Méditations pascaliennes*, Paris, Seuil, 2003 [1997], p. 237-240.

¹¹⁹ Bernard Lahire, *Dans les plis singuliers du social. Individus, institutions, socialisations*, Paris, La Découverte, 2019 [2013], p. 89.

Annexe : Tableau de synthèse des entretiens semi-directifs réalisés

Pseudo de l'interviewé.e	Durée de l'entretien	Date de l'entretien	Entretien réalisé par	Entretien retranscrit par
Pascaline	1h30	15 mars 2020	Sabrina Nouri-Mangold	Stéphane Henry
Pierre-Etienne	1h45	17 mai 2020	Sabrina Nouri-Mangold	Stéphane Henry
Pierre-Emmanuel	2h39	22 juin 2020	Sabrina Nouri-Mangold	Stéphane Henry
Marc-Antoine	1h48	2 juillet 2020	Sabrina Nouri-Mangold	Stéphane Henry
Stéphanie	1h29	17 juillet 2020	Sandrine Garcia	Sabrina Nouri-Mangold
Hélène	1h21	20 juillet 2020	Sabrina Nouri-Mangold	Stéphane Henry
Annie	1h49	3 novembre 2020	Christine Hamelin	Stéphane Henry
Géraldine	1h45	13 mai 2020	Sabrina Nouri-Mangold	Stéphane Henry
Catherine	1h38	18 août 2020	Christine Hamelin	Stéphane Henry
Louissette	2h10	9 juillet 2020	Sabrina Nouri-Mangold	Stéphane Henry
Audrey	0h48	19 mai 2020	Sabrina Nouri-Mangold	Stéphane Henry
Agnès	1h52	27 juin 2020	Sandrine Garcia	Sandrine Garcia
Edith	1h49	14 mai 2020	Sandrine Garcia	Sandrine Garcia
Eloïse	2h04	18 juin 2020	Sandrine Garcia	Sandrine Garcia
Caroline	1h43	24 juin 2020	Maud Gelly	Stéphane Henry
Jacques	1h54	15 juillet 2020	Maud Gelly	Stéphane Henry
Fanny	0h38	3 juin 2020	Sabrina Nouri-Mangold	Stéphane Henry
Manuel	1h38	10 septembre 2020	Sabrina Nouri-Mangold	Stéphane Henry
Brice	1h44	1 ^{er} septembre 2020	Maud Gelly	Stéphane Henry
Mathias	1h50	17 juillet 2020	Christine Hamelin	Stéphane Henry
Olivier	1h32	14 septembre 2020	Carine Erard	Stéphane Henry
Margaux	2h33	24 septembre 2020	Sabrina Nouri-Mangold	Stéphane Henry
Lise	1h54	24 juillet 2020	Sandrine Garcia	Stéphane Henry
Didier	1h47	21 juillet 2020	Sandrine Garcia	Sandrine Garcia
Xavier	1h37	3 juillet 2020	Sabrina Nouri-Mangold	Stéphane Henry
Clément	1h26	19 mars 2020	Sabrina Nouri-Mangold	Stéphane Henry
Louis	1h02	11 juin 2020	Sandrine Garcia	Stéphane Henry
Laurence	2h03	16 septembre 2020	Sabrina Nouri-Mangold	Stéphane Henry

Pascal	2h18	14 septembre 2020	Sabrina Nouri-Mangold	Stéphane Henry
Corinne	1h08	5 juillet 2020	Sabrina Nouri-Mangold	Stéphane Henry
Nathalie	1h33	19 juin 2020	Sabrina	Maud Gelly
Christophe	1h49	14 juin 2020	Sandrine Garcia	Sandrine Garcia
Séverine	1h36	16 juin 2020	Sandrine Garcia	Sandrine Garcia
Etienne	3h01	29 juin 2020	Sandrine Garcia	Sandrine Garcia
Régis	1h45	14 mai 2020	Sabrina Nouri-Mangold	Stéphane Henry
Sandrine	1h48	7 juillet 2020	Sabrina Nouri-Mangold	Stéphane Henry
Mélanie	2h31	2 juin 2020	Sabrina Nouri-Mangold	Stéphane Henry
Robert	3h34	16 juin 2020	Sabrina Nouri-Mangold	Stéphane Henry
Emeline	2h49	1 ^{er} juillet 2020	Sabrina Nouri-Mangold	Stéphane Henry
René	1h59	4 juin 2020	Sabrina Nouri-Mangold	Stéphane Henry
Marielle	2h04	13 mai 2020	Sabrina Nouri-Mangold	Stéphane Henry
Jean-Louis	1h42	15 mai 2020	Sabrina Nouri-Mangold	Sandrine Garcia
Coline	1h50	21 mai 2020	Sabrina Nouri-Mangold	Stéphane Henry
Marc	1h35	5 octobre 2020	Christine Hamelin	Christine Hamelin
Judith	1h39	4 septembre 2020	Carine Erard	Stéphane Henry
Elisabeth	1h23	6 octobre 2020	Christine Hamelin	Sabrina Nouri-Mangold
Pierre-Yves	1h26	21 juin 2020	Sabrina Nouri-Mangold	Sabrina Nouri-Mangold
Pauline	1h42	9 octobre 2020	Maud Gelly	Stéphane Henry
Delphine	2h02	11 juin 2020	Sabrina Nouri-Mangold	Stéphane Henry
Fabienne	1h07	17 juin 2020	Carine Erard	Carine Erard
Leyla	2h04	19 octobre 2020	Christine Hamelin	Christine Hamelin
Eléonore	1h31	29 mai 2020	Sabrina Nouri-Mangold	Stéphane Henry
Martine	1h49	19 juin 2020	Sabrina Nouri-Mangold	Stéphane Henry
Michèle	1h33	22 septembre 2020	Sabrina Nouri-Mangold	Sabrina Nouri-Mangold
Gilles	1h38	16 janvier 2020	Christine Hamelin	Stéphane Henry
Alessandro	1h25	4 mars 2021	Sabrina et Sandrine	Stéphane Henry
Guillaume	2h 15	5 mars 2021	Sabrina et Sandrine	Stéphane Henry
Ramon	1h45	3 juin 2021	Sabrina, Carine et sandrine	Stéphane Henry
Léa	1h 53	4 janvier 2021	Maud Gelly	Maud Gelly

Dominique	2 h 20	25 mai 2021	Sabrina Nouri-Mangold	Sandrine
Clarisse	1h 25	3 février 2021-11-2020	Sandrine	Sandrine
Edmond	1 h 55	6 mars 2021	Sandrine et Sabrina	Stéphane Henry
Jean	1 h 34	8 avril 2020	Sandrine Nouri-Mangold	Stéphane Henry
Marthe	1 h 45	5 avril 2021	Sabrina Nouri-Mangold	Stéphane Henry
Michèle	1h 35	4 juillet 2020	Sabrina Nouri-Mangold	Sandrine