



HAL
open science

Évaluation des facteurs de risques psychosociaux chez les médecins généralistes libéraux : approche qualitative chez seize médecins de Gironde

Amaury Julien

► **To cite this version:**

Amaury Julien. Évaluation des facteurs de risques psychosociaux chez les médecins généralistes libéraux : approche qualitative chez seize médecins de Gironde. Médecine humaine et pathologie. 2016. dumas-01321250

HAL Id: dumas-01321250

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01321250>

Submitted on 25 May 2016

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

Année 2016

N°58

Thèse pour l'obtention du
DIPLOME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement
Par Amaury JULIEN
Né le 04 mars 1987 à Paris (13^{ème})
Le 03 mai 2016

**ÉVALUATION DES FACTEURS DE RISQUES PSYCHOSOCIAUX CHEZ LES
MÉDECINS GÉNÉRALISTES LIBÉRAUX : APPROCHE QUALITATIVE
CHEZ SEIZE MÉDECINS DE GIRONDE**

DIRECTEUR DE THÈSE :
Monsieur le Docteur Vincent KLOTZ

JURY :
Monsieur le Professeur Jean-Louis DEMEAUX, Président
Monsieur le Professeur Jean-Philippe JOSEPH
Monsieur le Professeur Patrick BROCHARD
Madame le Docteur Arabelle BORAUD-DUFOUR
Monsieur le Docteur Vincent KLOTZ

REMERCIEMENTS

À Monsieur le Professeur Jean-Louis DEMAUX

Je vous remercie infiniment de me faire l'honneur de présider ce jury. Veuillez trouver ici ma gratitude pour l'attention que vous portez à ce travail, ainsi que pour l'enseignement délivré au cours de mon internat.

À Monsieur le Professeur Jean-Philippe JOSEPH

Je vous suis profondément reconnaissant d'avoir consenti à participer au jury de cette thèse. Je vous remercie également d'avoir accepté de juger ce travail en tant que rapporteur. Vos remarques ont été précieuses pour finaliser cette thèse.

À Monsieur le Professeur Patrick BROCHARD

Je vous remercie d'avoir accepté de juger cette thèse et d'y apporter votre avis éclairé. La médecine du travail n'est pas étrangère à mon désir de faire médecine, aussi, je suis heureux que l'un de ses représentants participe à ce jury.

À Madame le Docteur Arabelle BORAUD-DUFOUR

Un immense merci à toi pour avoir accepté de juger ce travail mais aussi pour la formidable formation que tu m'as donnée. J'ai été heureux de pouvoir apprendre et travailler à tes côtés. J'espère que ma pratique future saura suivre ton exemple d'une médecine rigoureuse et humaine.

À Monsieur le Docteur Vincent KLOTZ

Merci d'avoir accepté de te lancer dans cette aventure avec moi. Tes conseils, ton écoute et ta clairvoyance ont été indispensables pour la réalisation de cette thèse. J'espère que le résultat est digne de tes attentes. Je veux que tu saches, aussi, le grand bonheur que j'aurai de travailler à tes côtés. Je te dois beaucoup.

.....

À Monsieur le Professeur Roger SALAMON

Je vous remercie pour les conseils méthodologiques que vous m'avez donnés pour réaliser cette étude. Ils ont été précieux et nécessaires.

À Monsieur Sébastien COSSIN, interne de santé publique,

Merci pour ta disponibilité et tes conseils avisés.

.....

À Monsieur le Docteur Jacques SMUTEK

Je vous adresse toute ma gratitude pour la confiance que vous m'accordez en acceptant de faire de moi votre successeur. Merci également pour cette période de collaboration qui s'achève bientôt. Elle m'a permis d'entrevoir toutes vos qualités de médecin généraliste et de comprendre pourquoi les patients vous apprécient tant. J'essaierai de me montrer digne de votre travail.

À ma femme, Anne-Sophie

Merci pour tes conseils, ta patience, tes critiques, tes corrections. Bien plus que cela, merci pour tout le reste. Il n'est pas de plus grand bonheur pour moi que de vivre à tes côtés.

À ma fille, Agathe

Tous ces mots que tu ne comprends pas, j'aimerais te les dire. Mais je ne suis pas sûr d'être assez remis de toi pour pouvoir en prononcer un seul. Je t'aime, ma petite.

À mes parents

Merci pour tout. Votre soutien inépuisable, votre amour inconditionnel : vous m'avez tout donné pour arriver jusque là.

À mes grands-parents

Merci pour votre affection. Merci d'être de si beaux exemples de vie et de travail.

À Paul, Jobbi et Fabien

Je ne peux soutenir cette thèse sans penser à vous avec une certaine nostalgie. Cela a été un très grand bonheur que de partager ces études avec vous.

SOMMAIRE

ABRÉVIATIONS	p. 8
INTRODUCTION	p. 9
CONTEXTE ET DONNÉES DE LA LITTÉRATURE	p. 10
A. L'OFFRE ET LA DEMANDE DE SOINS PRIMAIRES : ÉTAT DES LIEUX	p. 10
1. Augmentation de la demande des soins de premier recours	p. 10
a) Augmentation de la population	p. 10
b) Vieillesse de la population	p. 10
c) Augmentation de la prévalence des maladies chroniques	p. 12
d) Consumérisme médical	p. 12
2. Baisse de l'offre des soins de premier recours	p. 13
a) Baisse du nombre de médecins généralistes libéraux.....	p. 13
(1) Vieillesse des médecins	p. 15
(2) Phénomènes liés à l'évolution de la société	p. 16
(a) Davantage de salariat.....	p. 17
(b) Davantage de remplaçants	p. 17
(c) Des cessations d'activité précoces	p. 17
(3) Phénomènes liés à l'évolution de la médecine générale.....	p. 18
(a) Une augmentation des charges administratives	p. 18
(b) La formation médicale	p. 18
b) Diminution du temps médical disponible.....	p. 20
(1) Baisse du temps de travail global des médecins généralistes	p. 20
(a) Le temps de travail des médecins généralistes	p. 20
(b) La féminisation de la profession	p. 21
(c) La régulation du temps de travail.....	p. 22
(2) Augmentation des charges administratives.....	p. 23
B. L'ORGANISATION DU CABINET	p. 24
1. Le temps de travail des médecins généralistes libéraux.....	p. 24
2. Le regroupement des médecins généralistes libéraux	p. 26
3. L'emploi de personnels	p. 27
a) Secrétariat.....	p. 27
b) Comptable	p. 27
c) Technicien de surface	p. 28
4. Activités annexes.....	p. 28
a) Formation continue	p. 28
b) Activité professionnelle annexe	p. 29
5. Informatisation du cabinet.....	p. 29
6. Les cadres juridiques	p. 30
C. LES FACTEURS DE RISQUES PSYCHOSOCIAUX	p. 33
1. Définition.....	p. 33
2. Évaluation des facteurs de risques psychosociaux	p. 33
a) Modèle de Karasek	p. 34
b) Modèle de Siegrist.....	p. 34

c) Modèle de justice organisationnelle.....	p. 35
d) Qualité du leadership	p. 35
e) Autres outils de mesure.....	p. 36
3. Conséquences du stress professionnel	p. 36
4. Etude des risques psychosociaux chez les indépendants	p. 39
a) Caractéristiques des indépendants	p. 39
b) Conditions de travail des indépendants	p. 40
c) Risques spécifiques des indépendants	p. 40
5. Étude des facteurs de risques psychosociaux en médecine générale	p. 41
a) État de santé des médecins généralistes.....	p. 42
b) Ressenti du travail	p. 42
(1) Satisfaction des médecins généralistes.....	p. 42
(2) Épuisement professionnel des médecins généralistes	p. 43
(3) Suicides chez les généralistes libéraux.....	p. 44
c) Traduction en termes de risques psychosociaux.....	p. 45
(1) Les modèles traditionnels	p. 45
(a) Modèle de Karasek.....	p. 45
(b) Modèle de Siegrist	p. 46
(2) Spécificités en médecins générale libérale	p. 47

PROBLÉMATIQUE ET OBJECTIF p. 50

MATÉRIELS ET MÉTHODES..... p. 51

A. TYPE D'ÉTUDE.....	p. 51
B. POPULATION ÉTUDIÉE.....	p. 52
C. QUESTIONNAIRE QUANTITATIF.....	p. 52
D. MODE DE RECRUTEMENT	p. 53
E. CONSTITUTION DU PLAN D'ENTRETIEN	p. 53
1. Le guide d'entretien	p. 54
2. Les stratégies d'intervention.....	p. 54
F. ANALYSE DES ENTRETIENS.....	p. 55

RÉSULTATS..... p. 56

A. CARACTÉRISTIQUES DE L'ÉCHANTILLON	p. 56
1. État civil	p. 56
a) Âge	p. 56
b) Temps d'installation	p. 56
2. Organisation du cabinet.....	p. 57
a) Mode d'installation	p. 57
b) Secrétariat	p. 58
c) Comptable.....	p. 58
d) Informatique	p. 58
e) Carte juridique	p. 58
3. Emploi du temps	p. 59
a) Nombre de demi-journées travaillées en libéral.....	p. 59
b) Nombre moyen de semaines de vacances par année.....	p. 60
c) Permanence des soins	p. 60

d) Activité professionnelle annexe	p. 61
4. Nombre de consultations et de visites sur l'année 2014	p. 62
B. LES FACTEURS DE RISQUES PSYCHOSOCIAUX	p. 64
1. La charge de travail	p. 64
a) Charge de travail objective	p. 64
(1) Genèse du stress lié à la charge de travail objective	p. 65
(2) Les raisons de cette charge de travail	p. 65
b) Charge de travail subjective	p. 66
c) Charge de travail psychique	p. 67
2. La relation avec le patient	p. 68
a) L'exigence des patients	p. 69
b) Le risque médico-légal	p. 70
c) L'omniprésence des médias	p. 71
3. La gestion administrative	p. 72
a) Les tâches administratives liées aux patients	p. 72
b) Les tâches administratives liées à la gestion de l'entreprise	p. 73
4. La rémunération	p. 74
a) Le niveau de rémunération	p. 75
b) Les modes de rémunération	p. 75
5. Les relations avec les autorités de santé	p. 76
6. Les répercussions sur la vie extra-professionnelle	p. 78
7. Les modes d'organisation du cabinet	p. 80
a) La gestion du temps de consultation et de visite	p. 80
b) L'informatique au cabinet	p. 81
c) Le secrétariat	p. 82
d) Le travail en groupe	p. 82
e) Le cadre juridique	p. 83
8. L'avenir de la profession	p. 84
9. Les relations avec les confrères	p. 85
10. Les représentations du métier	p. 87
11. La peur du désamour	p. 88
12. Le souci de transmission	p. 88
C. SATISFACTION	p. 89
DISCUSSION	p. 91
A. L'ÉTUDE	p. 91
1. Le choix de la méthode qualitative	p. 91
2. Le questionnaire quantitatif	p. 91
3. Le guide d'entretien	p. 92
4. Le recrutement des médecins	p. 92
5. Le recueil des données	p. 93
a) Lieu de l'entretien	p. 93
b) Enregistrement des entretiens	p. 93
6. L'analyse	p. 94
7. Les biais de l'étude	p. 95
a) Biais d'induction	p. 95
b) Biais d'intervention	p. 95
c) Biais de courtoisie	p. 95

B. LES RÉSULTATS	p. 96
1. Interprétation selon les modèles de Karasek et de Siegrist.....	p. 96
a) Le modèle de Karasek.....	p. 96
b) Le modèle de Siegrist.....	p. 98
2. Le paradoxe de la relation médecin-malade.....	p. 99
3. Les tâches administratives	p. 100
4. Les difficultés à concilier vie privée et vie professionnelle	p. 101
C. CHAMPS D'APPLICATION	p. 102
CONCLUSION.....	p. 103
LISTE DES FIGURES.....	p. 104
LISTE DES TABLEAUX	p. 105
BIBLIOGRAPHIE	p. 106
ANNEXES	p. 118
SERMENT D'HIPPOCRATE.....	p. 123

ABRÉVIATIONS

DREES : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques

Loi HPST : loi « Hôpital, Patients, Santé et Territoires »

INSEE : Institut National de la Statistique et des Études Économiques

ALD : Affections Longue Durée

ECN : Examen Classant National

Irdes : Institut de recherche et documentation en économie de la santé

SCM : Société civile de moyen

SCP : Société civile professionnelle

SEL : Société d'exercice libérale

JCQ : *Job Content Questionnaire*

ERI : *Effort-reward imbalance* : déséquilibre effort-récompense

ERIQ : Questionnaire de Siegrist

Inserm : Institut national de la santé et de la recherche médicale

MDPH : Maison départementale des personnes handicapées

FIV : Fécondation in vitro

INTRODUCTION

Actuellement, le nombre de médecins généralistes libéraux diminue avec en parallèle, une augmentation de la population française. Il en résulte une baisse de la densité médicale. Selon les estimations de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), cette crise de la démographie médicale devrait persister jusqu'en 2020 (1). A ce constat, s'ajoute celui d'une évolution sociologique touchant à la fois le patient et le médecin. Ceci se traduit par une modification des rapports entre les deux : la relation médecin-patient évolue.

Le médecin généraliste change dans la conception de son métier et de sa vie. Il ne souhaite plus être disponible à plein temps, lié à ses patients par un sacerdoce irrévocable. Porté sans doute par une féminisation de la profession, il réinvestit sa vie extra-professionnelle, ce qui se traduit par une réorganisation de son mode de travail. Un nombre croissant de médecins généralistes opte pour un emploi salarié ou pour un statut de médecin remplaçant qu'ils garderont un certain nombre d'années avant de s'installer, s'ils s'installent un jour. Chez les médecins généralistes libéraux, les regroupements au sein de cabinets parfois pluridisciplinaires fleurissent car ils permettent une mutualisation du temps de travail et soulagent le praticien de la pression de la permanence des soins.

De son côté, le patient, ébranlé par quelques drames sanitaires et ayant aisément accès à une certaine forme de connaissances, est plus actif dans les soins qui lui sont prodigués. Il n'est plus un spectateur passif de sa santé. Cette implication engendre une certaine exigence, souvent responsable d'une consommation accrue de soins et à l'origine d'une judiciarisation de la profession.

Le métier évolue également ; nombre de médecins rapportent la lourdeur des charges administratives qui empiètent sur le temps de soins. Selon certaines études, seulement 60% du temps de travail des médecins généralistes libéraux serait dédié à la réalisation d'actes médicaux auprès des patients (2). Les charges administratives ne sont pas seules en cause. La journée du médecin généraliste se trouve émaillée de multiples activités (formation, activités professionnelles annexes, accueil d'étudiants,...) qui doivent trouver leur place au sein d'un emploi du temps bien chargé.

Alors que les médecins généralistes libéraux se débattent avec ces problématiques organisationnelles, devant faire face à une demande de soins primaires toujours croissante, la littérature souligne leur susceptibilité au burn out ainsi qu'un taux élevé de suicides dans la profession (3). Ceci amène à penser que le praticien libéral est soumis à une certaine forme de stress dans l'exercice de sa profession. Il devient alors intéressant d'étudier les mécanismes à l'origine de ce stress sachant qu'un stress chronique participerait à l'émergence de maladies cardio-vasculaires, musculo-squelettiques ou de troubles de la santé mentale.

L'étude des risques psychosociaux au travail cherche à identifier les facteurs de stress qui découlent de l'organisation du travail. Cette analyse, très répandue chez les salariés, reste marginale chez les indépendants et de surcroît, chez les médecins généralistes.

L'objectif de cette étude est donc d'identifier les différents risques psychosociaux auxquels peuvent être soumis les médecins généralistes libéraux. Ceci sera entrepris au travers d'une enquête qualitative transversale et descriptive menée chez des médecins généralistes libéraux de Gironde.

Nous étudierons tout d'abord les données de la littérature et définirons les risques psychosociaux afin de déterminer le cadre de l'étude. La deuxième partie de ce travail présentera la méthode utilisée pour traiter le sujet. Puis nous aborderons les résultats issus de cette enquête qualitative. Enfin, la dernière partie permettra une critique de cette étude et envisagera une ouverture plus large sur le sujet.

CONTEXTE ET DONNÉES DE LA LITTÉRATURE

A. L'OFFRE ET LA DEMANDE DES SOINS PRIMAIRES : ÉTAT DES LIEUX

1. Augmentation de la demande des soins de premier recours

Les soins de premier recours ou soins primaires contribuent à l'offre de soins ambulatoires en assurant aux patients : la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement, l'orientation, le suivi ainsi que l'éducation pour la santé. Depuis plusieurs années, le gouvernement, notamment à travers la loi « Hôpital, Patients, Santé et Territoires » (loi HPST), place l'accessibilité à ce type de soins au cœur de ses priorités (4). Le médecin généraliste se retrouve alors pivot de cette médecine de premiers recours dont la demande ne cesse de croître.

Dans ce chapitre, nous aborderons les principaux facteurs qui entretiennent cette hausse.

a) Augmentation de la population

Au premier janvier 2015, la France comptait 66,3 millions d'habitants (métropole et départements d'outre-mer). C'est environ 300 000 de plus qu'un an auparavant, et près de 6 millions de plus qu'en l'an 2000. Soit une hausse d'environ 0,4% sur l'année 2015 et de 10% sur les quinze dernières années (5).

D'après les projections établies jusqu'en 2050, la France comptera alors 70 millions d'habitants (6). Ce scénario, établi en supposant que les tendances démographiques récentes persistent, révèle que si la croissance démographique reste ininterrompue jusqu'en 2050, elle serait, tout de même, de moins en moins soutenue (notamment à partir de 2030).

Début 2013, la population de l'Aquitaine était estimée à 3,3 millions d'habitants. Entre 1999 et 2010, la population s'est accrue de 11%, soit un taux supérieur à celui de la France métropolitaine (7,3%). Elle fait partie des régions françaises les plus attractives et les plus dynamiques sur le plan démographique. Elle se place au quatrième rang des régions françaises par la croissance de sa population (7). Si les tendances démographiques récentes se maintiennent, l'Aquitaine comptera 3,6 millions d'habitants à l'horizon 2030.

Entre 1999 et 2008, cette croissance est surtout portée par les départements des Landes et de la Gironde avec une augmentation annuelle moyenne de la population de 1,4% pour les Landes et de 1,1% pour la Gironde (5). Pour la Dordogne, le Lot-et-Garonne et les Pyrénées-Atlantiques les chiffres sont respectivement de 0,6%, 0,7% et 0,8%.

Cet accroissement de la population entraîne automatiquement une augmentation de la consommation des soins primaires.

b) Vieillesse de la population

Ce vieillissement est au cœur de nombreux débats de société : le financement des retraites, le maintien à domicile des personnes âgées ou la pénurie d'établissements spécialisés, par exemple. C'est également un défi pour la médecine de surmonter les difficultés et la complexité de la prise en charge des personnes âgées.

Le sujet est donc vaste. Aussi, avant toute analyse numérique, convient-il de définir la personne âgée. A partir de quand parlons-nous de la vieillesse ?

Les personnes âgées représentent une population extrêmement hétérogène en terme de santé, qu'il s'agisse de pathologies, de déficits fonctionnels ou d'activité sociale. Le vieillissement n'est pas égal d'une personne à l'autre. Aussi, certaines personnes restent exemptes de pathologies et maintiennent une activité sociale jusqu'à un âge très avancé alors que d'autres ne le peuvent plus au même âge ou à un âge moindre.

Le concept de « personnes âgées fragiles » englobe les gens présentant des limitations fonctionnelles et une baisse des capacités d'adaptation ou d'anticipation, sous l'action conjuguée du vieillissement physiologique, des maladies chroniques et du contexte de vie (8).

Dans ce contexte, il apparaît vite évident que l'âge est un mauvais indicateur pour définir une personne âgée.

Ici, la limite de 65 ans sera retenue. En effet c'est la borne qui est utilisée dans la plupart des études démographiques étudiées par la suite. Elle est fréquemment adoptée dans la littérature médicale même si cela change du fait du vieillissement de la population.

De plus, cette définition correspond à celle de la segmentation des termes du thesaurus MeSH de la base de données Medline.

Au premier janvier 2014, les personnes âgées étaient au nombre de 11,61 millions en France. Elles représentaient 18,2% de la population française. Selon les prévisions de l'Institut National de la Statistique et des Études Économiques (INSEE), les personnes de plus de 65 ans constitueraient 20,4% de la population française en 2020, 23,4% en 2030 et 26,2% en 2050, soit 18,93 millions de personnes (9).

Les raisons de ce vieillissement sont multiples avec, notamment, une espérance de vie qui ne cesse de croître. En 2015, elle était de 85,1 ans pour les femmes et de 79 ans pour les hommes.

L'effet baby-boom se superpose à ce premier point. En effet, la génération des baby-boomers a d'abord retardé le vieillissement de la population en venant gonfler les tranches d'âge actives. Cependant, cette population arrive progressivement aux tranches d'âges élevées avec pour conséquence, une accélération du vieillissement entre 2006 et 2035. Il ralentira par la suite (10).

Au premier janvier 2014, l'Aquitaine comptait environ 692 000 personnes âgées, soit 20,9% de sa population. Selon les projections de l'INSEE, cette proportion devrait atteindre 28,9% en 2040 (9).

La Gironde devrait connaître un vieillissement de la population tout aussi marqué. En 2012, elle comptait 246 700 personnes âgées soit 16,8% de la population (5). Les projections disponibles à l'échelle du département proposent des tranches d'âge différentes de celles que nous avons envisagées jusque là. Nous considérerons donc ici les personnes de 60 ans et plus. Elles correspondent à 22,5% de la population girondine et devraient correspondre à 25,9% de la population en 2020 et 28,% en 2030 (5).

L'impact de ce vieillissement de la population sur la demande de soins est considérable. En effet, les personnes âgées sont plus souvent atteintes de pathologies chroniques et de poly-pathologies que le reste de la population. Ce qui amène à davantage de consultations. Ainsi, à partir de 70 ans, les recours sont deux fois plus fréquents chez les médecins généralistes (7 recours par personne par an contre 3,4 chez les 19-69 ans) et trois fois plus pour les soins hospitaliers (11). En Lorraine, une étude menée entre 2008 et 2010 montre que 16% des consultations de médecine générale sont consacrées aux personnes de plus de 75 ans alors qu'elles ne représentent que 8% de la population régionale (12).

Par ailleurs, l'impact du vieillissement démographique se double d'un « effet de génération » : les personnes qui accèdent aujourd'hui au troisième âge ont été médicalisées toute leur vie, à la différence des personnes nées avant l'ère de la sécurité sociale. Elles en conservent des habitudes de

consommation de soins, et des exigences à l'égard du système de santé bien supérieures à celles des personnes âgées des générations antérieures (13).

c) Augmentation de la prévalence des maladies chroniques

Au 31 décembre 2013, 9,7 millions de personnes du régime général bénéficiaient d'une exonération du ticket modérateur au titre d'une affection de longue durée (ALD). Ils étaient 9 millions au 31 décembre 2010 et 8,3 millions le 31 décembre 2008 (14).

Si, comme nous l'avons vu précédemment, le vieillissement participe largement à cette augmentation des maladies chroniques, il n'en est pas la seule cause. Les progrès de la médecine et les modifications des habitudes de vie jouent également un rôle important.

Une étude parue en 2014 (15) montre une augmentation permanente de la prévalence du diabète traité pharmacologiquement de 2006 à 2012 en France. Or, si l'âge est un facteur de risque pour cette maladie, on sait que le surpoids et la sédentarité pèsent également sur l'occurrence de cette pathologie.

De la même manière, en 2008, le nombre de personnes en ALD pour maladie coronarienne s'élevait à 1 031 700 (16). Ce nombre a augmenté en 2010, avec, 1 122 400 bénéficiaires. Là aussi, nous savons que l'âge n'est pas le seul facteur de risque cardio-vasculaire. Le tabac, le surpoids, la sédentarité, l'hypercholestérolémie sont autant de facteurs de risque qui tiennent aux habitudes de vie des individus.

Les progrès de la médecine sont également responsables de l'augmentation des maladies chroniques : ces maladies sont dépistées alors qu'elles ne sont responsables d'aucun trouble, puis traitées. Les traitements prolongent la vie du malade, réduisent la fréquence et la gravité des incapacités mais sont responsables d'une croissance de la médicalisation. L'état de santé objectif tend à s'améliorer, mais la morbidité déclarée et ressentie a également tendance à augmenter, conduisant à une croissance de la demande de soins médicaux (17).

Ces pathologies chroniques plus fréquentes se traduisent non seulement par une consommation de soins accrue, mais aussi par de nouveaux besoins en termes de coordination, d'information et d'éducation thérapeutique. D'où l'importance des soins primaires dans la prise en charge de ces patients poly-pathologiques.

d) Le consumérisme médical

Les rapports qu'entretient la personne soignée tant avec le soignant qu'avec le système de santé ont nettement évolué : le patient passif, docile et soumis a laissé place à un usager actif, parfois revendicateur et en quête d'autonomie. Cette modification des rapports s'inscrit dans une profonde refonte de la relation médecin-malade où « *le médecin paternaliste, dévoué et autoritaire doit se repenser pour s'adapter à une relation plus pragmatique et de partenariat* » (18).

L'émergence du consumérisme médical s'inscrit dans cette idée. Le patient devient client/consommateur et non plus un individu précaire et vulnérable qui sera « patient » face au médecin détenant le savoir.

Ce changement qui s'est opéré et se poursuit, connaît diverses origines sociales et techniques (19). Les progrès technologiques ont participé à la détérioration de la relation médecin-malade par la « chosification » du patient. Ils peuvent aussi contribuer à l'élaboration d'un barrage physique (le médecin derrière son ordinateur). « *Se confier aux mains de la médecine signifie être pris dans une technique qui prend à bras le corps le patient sans plus avoir de mains.* » (19).

Sur un plan plus sociétal, le patient s'est découvert, en plus de sujet de soins, sujet de droits. Diverses affaires de santé publique (affaire du sang contaminé pour ne citer qu'elle...) ont participé à cette prise de conscience en judiciarisant la problématique de la santé. Ainsi, la bonne conduite à tenir avant, devant et dans la maladie n'est plus codifiée par la tradition des bonnes mœurs ; elle se discute et se délibère. Le droit sert alors de cadre pour que se développe un *ethos* de la clinique. C'est cela que vient appuyer la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé en favorisant la décision partagée (18,19).

Dans ce contexte d'autonomisation du patient, force est de constater certains comportements qui rapprochent davantage la personne en demande de soins du consommateur que du patient. C'est, entre autres, l'exemple du « tourisme médical » où le patient, pour obtenir un avis, un examen ou un traitement consulte plusieurs médecins. Dans ce cas, une notion de préférences et de choix se dégage, tentant d'influer le médecin par des consultations multiples. C'est un comportement de consommateur (20). Est-ce pour autant que la médecine doit être réduite à un objet de consommation ? D'un point de vue économique, le consommateur est : « *l'agent économique qui exprime des préférences en choisissant, à des prix donnés, une consommation dans les limites que lui imposent ses revenus* » (21). Cette définition ne peut correspondre pleinement au patient. En effet, les notions de prix et de revenus sont immédiatement biaisées dans le système de santé par l'intervention de l'assurance maladie. Si dans le cadre de dépassement d'honoraires, le patient peut choisir le prix qu'il veut mettre pour ses soins, la médecine générale reste relativement peu soumise à cette discussion puisque, pour la très grande majorité, les médecins généralistes sont conventionnés secteur 1 et pratiquent la tarification à l'acte établi par la sécurité sociale.

Par ailleurs, si le consommateur se caractérise par sa volonté de consommer, ce n'est pas le cas du patient. Pour une majorité des cas, ce qui le pousse à consulter est une plainte. Celle-ci, par sa nature même, est rarement souhaitée et ne peut s'inscrire dans une logique de consommation. C'est, du reste, ce qui fait toute la singularité du colloque singulier.

La confiance de la plainte place immédiatement le patient dans une situation de vulnérabilité où l'initiative est laissée à autrui. S'instaure alors une relation de confiance qui ne peut se résumer, dans l'immense majorité, à la consommation des soins.

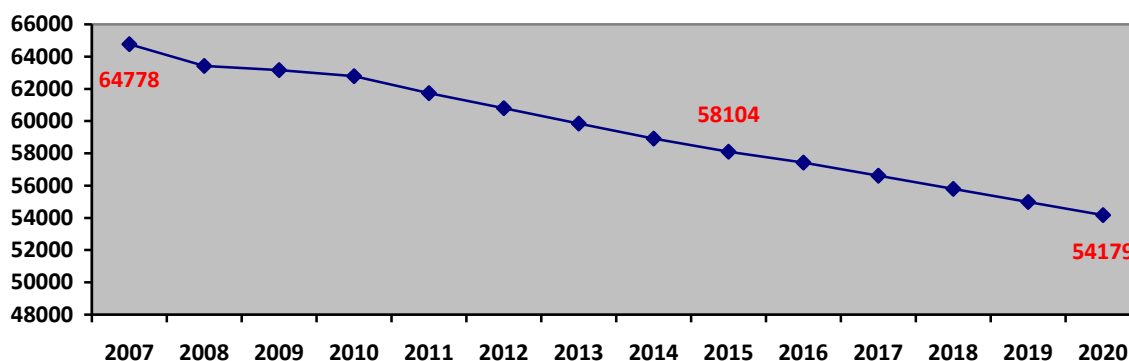
2. Baisse de l'offre des soins de premier recours

a) Baisse du nombre de médecins généralistes libéraux

Au premier janvier 2015, le conseil national de l'Ordre recensait 281 067 médecins ; soit +1,7% par rapport à l'année précédente (22). Parmi ces médecins, 215 539 sont en activité totale et 65 548 sont retraités.

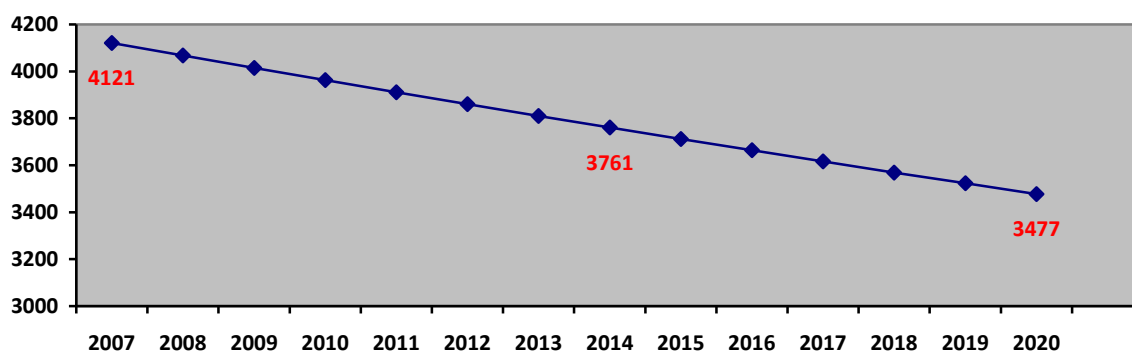
Les médecins généralistes en activité régulière sont 89 788. Parmi eux, 58 104 exercent en libéral (les médecins ayant une activité mixte sont inclus). Entre 2007 et 2015, on observe une diminution de 10,3% de cet effectif. D'après les projections établies par l'ordre national des médecins, il est fort probable que les effectifs continuent de diminuer d'ici à 2020 pour atteindre 54 179 médecins généralistes libéraux et mixtes.

Figure 1 : Effectifs des médecins généralistes libéraux/mixtes – De l’observé à l’inattendu (22)



En Aquitaine, le nombre de médecins en activité régulière était de 10 310 au premier janvier 2015 (23). Parmi eux, 3 712 étaient généralistes en activité régulière libérale ou mixte. Ils étaient 4 121 en 2007, soit une diminution d’environ 9,9% des médecins généralistes en activité libérale ou mixte entre 2007 et 2015. Cette tendance devrait s’inverser puisque, selon les projections, ils seront 3 477 en 2020.

Figure 2 : Les médecins généralistes libéraux et mixtes – De l’observé à l’attendu – Aquitaine (23)



Ainsi, si l’Aquitaine reste une région attractive pour les médecins généralistes, elle n’échappe pas à la baisse de la démographie médicale.

Le constat est plus alarmant en Gironde : en 2015, les médecins généralistes en activité libérale ou mixte étaient 1 620 contre 1 775 en 2007, et 1 530 prévus en 2020, soit une baisse globale estimée de 13,8%.

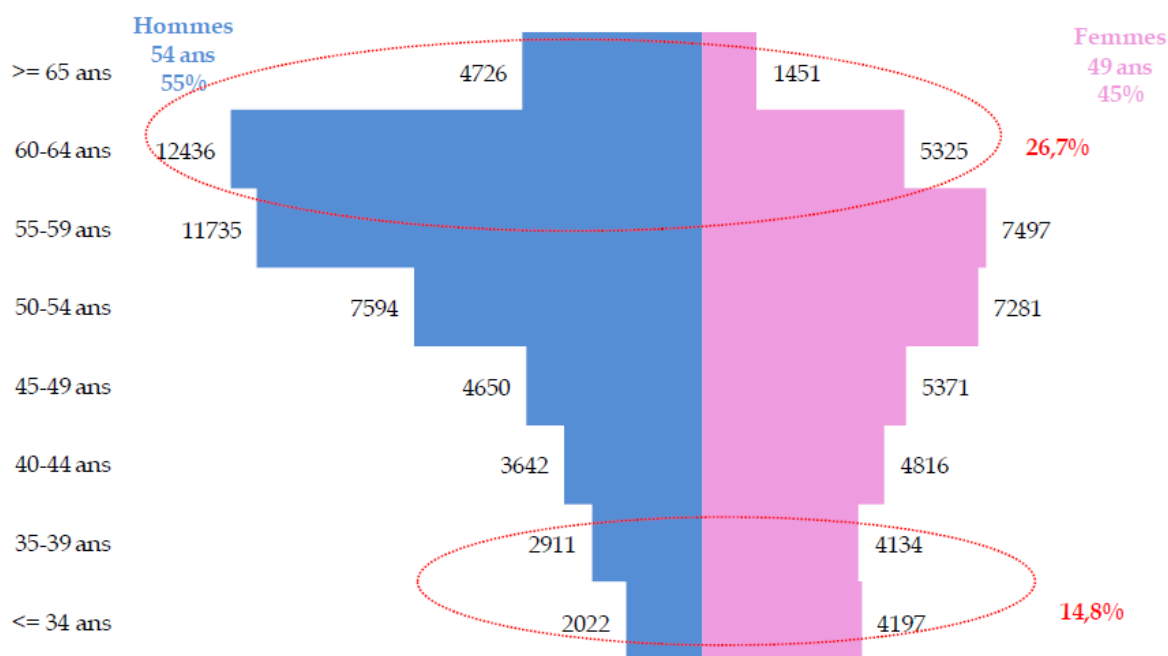
Ces chiffres combinés à ceux de la population générale (en augmentation) se traduisent par une baisse de la densité médicale, cette dernière correspondant au nombre de médecins pour 100 000 habitants. Actuellement, la densité médicale en termes de médecins généralistes libéraux ou mixtes est de 88,7 pour 100 000 habitants. En 2007, elle était de 100,1. Toutes les régions enregistrent une baisse plus ou moins importante de la densité. En Aquitaine, entre 2007 et 2015, la densité médicale de médecins généralistes libéraux ou mixtes pour 100 000 habitants est passée de 112,7 à 100,1.

Cette baisse progressive de la démographie médicale est pluri-factorielle. Si le vieillissement des médecins est largement pointé du doigt, le manque de vocation ou la volonté des jeunes générations (rejoints partiellement par les plus âgés) à préserver une certaine qualité de vie y sont également pour beaucoup. Cette dynamique est soutenue par des phénomènes d'évolution sociétale ou propres à la médecine générale.

(1) Vieillissement des médecins

Un rapport du Sénat de 2011 note le vieillissement de la population médicale (24). L'âge des médecins suit celui de la population générale avec, en 2010, 42% de médecins libéraux ayant plus de 55 ans. Au premier janvier 2015, l'âge moyen des médecins généralistes est de 52 ans, 26,7% d'entre eux ont plus de 60 ans contre 14,8% seulement qui ont moins de 40 ans.

Figure3 : Pyramide des âges des médecins généralistes en activité régulière : France entière (22)



Le nombre de départs à la retraite s'intensifie, avec en 2014, une augmentation des médecins retraités de 7,7% par rapport à 2013. Pour mémoire, le nombre de médecin a augmenté de 1,7% entre 2013 et 2014 (22). En 2014, 6 130 médecins ont fait valoir leur droit à la retraite contre 5 857 en 2013.

En Aquitaine, sur les 15 023 médecins inscrits au tableau de l'ordre, environ un quart (soit 3 750) sont retraités (23). Ils étaient 2 216 en 2007, soit une augmentation de 69%. En 2018, leur nombre estimé est de 4 125 avec, entre 2007 et 2018, une augmentation du nombre de 86%.

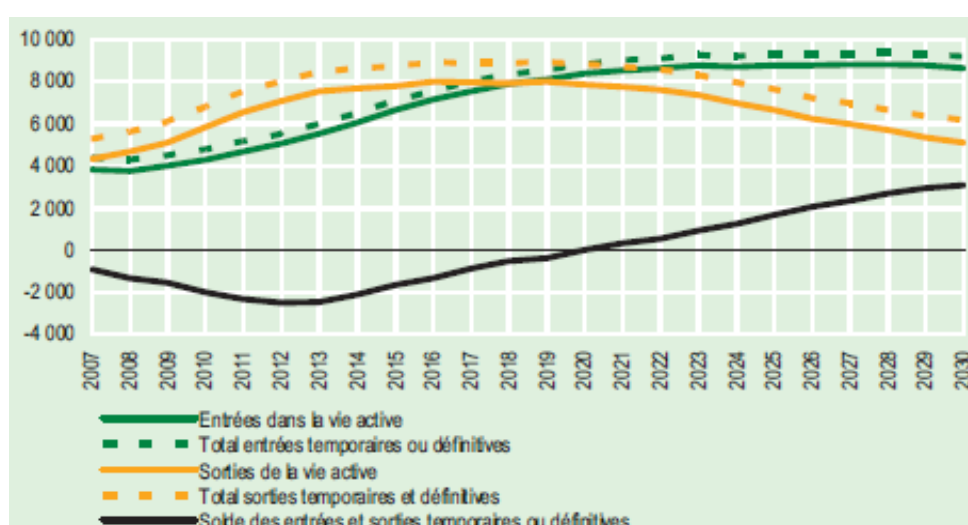
En Gironde l'évolution du nombre de médecins retraités est similaire avec une augmentation estimée de 92,7% entre 2007 et 2018.

Ce vieillissement des médecins s'explique principalement par les variations du *numérus clausus*. Celui-ci, mis en place en 1972, était initialement élevé : plus de 8000. Il est tombé à 3500 en 1990. Il a ensuite été relevé progressivement mais cela n'a pas suffi pour équilibrer la balance des âges. En

effet, aujourd'hui, alors que les médecins installés dans les années quatre-vingt arrivent en fin de carrière, les jeunes générations ne sont pas assez nombreuses pour faire baisser l'âge de la profession (1).

Cette carence des jeunes générations participe à la baisse actuelle du nombre de médecins. Pour palier à cela, le *numerus clausus* a largement été revu à la hausse dans les années 2000 avec un passage de 4 100 étudiants acceptés suite au concours de première année en 2001, à 7 400 en 2009. Cependant, du fait de la durée des études médicales, il existe une certaine inertie entre la hausse du *numerus clausus* et sa répercussion sur la démographie médicale. Selon le scénario tendanciel d'une étude de la DREES (1), la différence entre entrées et sorties des médecins en temps que travailleurs actifs, devrait s'équilibrer aux abords de 2020, puis après cette date, le solde des entrées et sorties augmenterait rapidement.

Figure 4 : Nombres d'entrées et de sorties définitives ou temporaires de la vie active d'après le scénario tendanciel (1)



Les variations du *numerus clausus* et le vieillissement des médecins n'expliquent pas à eux seuls la baisse de la démographie médicale. La médecine générale connaît actuellement une crise. Nous avons déjà évoqué un aspect de cette crise avec l'évolution de la relation médecin-malade, il ne faut cependant pas s'arrêter là. Force est de constater qu'à ce jour, les jeunes médecins généralistes diplômés ne souhaitent plus travailler comme leurs aînés. Ils aspirent à une certaine qualité de vie et ne sont pas prêts, pour la plupart, à exercer la médecine comme un sacerdoce. Le Docteur Michel Legmann relève cette évolution sociétale et ses conséquences sur la démographie médicale (25). Par ailleurs, s'il faut considérer les phénomènes liés aux évolutions des mœurs et de la société, il faut aussi admettre que le métier change et que ces changements ont pu conduire à un désamour de la médecine générale libérale.

(2) Phénomènes liés à l'évolution de la société

Les médecins généralistes nouvellement inscrits au tableau de l'ordre se détachent actuellement des pratiques de leurs aînés (26). Ils s'inscrivent dans une mutation globale qui affecte les sphères du travail mais aussi sociales et domestiques. Ils aspirent à un équilibre entre vie personnelle et vie professionnelle et ne souhaitent plus vivre dans une abnégation totale où ils seraient dévoués corps et âme à la médecine et à leurs patients. Les horaires de travail, les contraintes familiales, l'environnement sont des éléments qui rentrent en compte dans le choix de l'activité profession-

nelle. Ils sont à la recherche d'une qualité de vie, qui s'inscrit dans un projet de vie plus global (27,28). Cette volonté se traduit par la mise en place de stratégies de régulation du travail et du temps de travail.

(a) Davantage de salariat

Le salariat s'inscrit dans cette idée d'amélioration de la qualité de vie. Il confère des avantages sur le plan de la protection, des avantages sociaux et limite la responsabilité. Il garantit un équilibre entre la vie privée et la vie professionnelle, conforme aux vœux des jeunes générations pour lesquelles la durée du temps de travail hebdomadaire constitue un élément important de la qualité de la vie.

Ainsi, alors que les médecins généralistes salariés étaient 31% en 2008, ils sont 35,2% au premier janvier 2015. Les chiffres des libéraux varient en conséquence avec 61,2% en 2008 contre 57,6% en 2014 (29,30).

D'après les estimations de la DREES (31), en 2030, seulement 55,5 % des généralistes seront libéraux. Le phénomène touche toute la société, y compris les secteurs d'activité traditionnellement organisés sur un mode libéral (avocats, architectes, experts comptables).

(b) Davantage de remplaçants

Dans le même ordre d'idées, les médecins généralistes remplaçants sont en nombre croissant. Cette augmentation est appuyée par deux phénomènes : des installations qui se font de plus en plus tardives et des médecins qui préfèrent le statut de remplaçant à celui de médecin installé (32).

Au premier janvier 2015, le tableau de l'Ordre recensait 10 972 médecins remplaçants contre 9 640 en 2007 (22). Dans les deux cas, la part de médecins généralistes était d'environ 69%. Entre 2007 et 2015, le nombre d'inscription au tableau de l'ordre en tant que médecin remplaçant a augmenté de 13,8%. Selon les estimations, ce taux devrait croître de 8,4% d'ici 2020. Les remplaçants ont en moyenne 43 ans et sont majoritairement représentés par des femmes (57% des effectifs).

Comme pour le salariat, la volonté de conserver une certaine qualité de vie pourrait expliquer ce phénomène. Les jeunes générations préservent leur vie personnelle au détriment du temps de travail.

Une étude réalisée en 2010 (33) rapporte que 45% des médecins remplaçants interrogés envisagent une installation en secteur libéral alors que 32% ne le souhaitent pas, le reste ne le sachant pas. La lourdeur des charges administratives apparaît comme la principale raison au refus de s'installer. Viennent ensuite et dans cet ordre, la solitude dans l'exercice, la contrainte des gardes, l'incompatibilité avec le travail du conjoint et la rémunération insuffisante.

(c) Des cessations d'activité précoces

Elles représentent les cessations d'activité de médecine générale libérale dans un lieu donné avant l'âge de 60 ans. En 2010, près de 500 médecins généralistes étaient concernés (34). Plusieurs raisons sont avancées pour expliquer ces départs anticipés : le risque d'épuisement professionnel, la solitude professionnelle ou le fait de se sentir dépassé par sa patientèle (35–37). La lourdeur des tâches administratives est également citée comme motif de cessation précoce.

L'augmentation du nombre de médecins généralistes salariés, remplaçants ou qui cessent précocement leur activité semble donc fortement liée à l'idée d'une meilleure qualité de vie. Les jeunes générations et dans une moindre mesure, les plus anciennes, ne sont plus enclines à sacrifier leur vie

personnelle. Inévitablement cette évolution idéologique a une répercussion sur leur temps de travail qui s'en retrouve partiellement amputé. L'offre de soins de premiers recours diminue. L'évolution sociétale n'en est pas la seule cause. Des phénomènes propres à la médecine générale y participent également.

(3) Phénomènes liés à l'évolution de la médecine générale

(a) Une augmentation des charges administratives

Le médecin généraliste se trouve confronté en permanence à des demandes de rédaction de certificats médicaux. Ces derniers sont exigés pour la constitution de dossiers divers allant de la pratique d'une activité sportive à l'admission en établissement médico social. Cette charge de travail supplémentaire est globalement mal vécue par les praticiens (38,39).

Le terme « travail administratif », recouvre deux composantes : un volet relatif aux patients qui, le plus souvent, est réalisé pendant la consultation (certificats médicaux, protocoles de soins, demandes de MDPH) et un volet de gestion du cabinet et de l'activité libérale (avec au premier chef la comptabilité).

La lourdeur de ces démarches administratives freine les installations (25,27,40). Ces charges, accentuées suite à la réforme du médecin traitant (41), pèsent sur la profession. Ce motif est régulièrement évoqué comme cause de cessation précoce d'activité, d'augmentation du nombre de remplaçants ou de salariés médecins généralistes.

Pour y faire face, les médecins ont établi quelques stratégies. Certains s'y arrêtent et réfléchissent à la bonne méthode ; d'autres traitent ce problème sur le mode de l'évacuation, ayant du mal à se débarrasser de ces tâches, qu'ils n'ont pas véritablement organisées (42). Dans ces cas, il semblerait que cette « paperasse » cristallise une certaine rancœur vis-à-vis de l'organisation du système de soins pouvant aller jusqu'à l'insatisfaction professionnelle. Le médecin ne ressent aucune valorisation personnelle dans la réalisation de ces tâches qui l'éloignent de sa mission de soins. S'en ressent alors une réduction de l'accomplissement personnel, prémices de la survenue de l'épuisement professionnel ou burn out (43).

De même, la formation médicale y est pour beaucoup puisque longtemps restée en marge des objectifs universitaires pour ce qui concerne la médecine générale.

(b) La formation médicale

Le déroulement des études médicales est souvent donné par la littérature, comme l'une des principales raisons au manque de vocations pour la médecine générale (25,27).

En 2004, la mise en place de l'Examen Classant National (ECN) a mis en évidence le désintérêt des étudiants pour la médecine générale. Cette année là, seuls 67% des postes dans cette discipline sont pourvus (44). Dans toutes les autres spécialités, 100% des postes sont pourvus en-dehors de la santé publique et de la médecine du travail, avec respectivement 93% et 91%.

Le tableau suivant illustre l'évolution des affectations des étudiants en médecine générale suite à l'ECN entre 2004 et 2012 (45-51).

Tableau 1 : Évolution des affectations en médecine générale suite aux ECN de 2004 à 2012

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Nombre de postes ouverts à l'ECN	3988	4803	4760	5366	5704	6186	6839	7592	7502
Nombre de postes pourvus	3368	3822	4430	4905	5084	5505	6155	6908	7277
Pourcentage de postes pourvus	84%	80%	93%	91%	89%	89%	90%	91%	97%
Nombre de postes ouverts en médecine générale	1841	2400	2353	2866	3200	3333	3632	3930	3543
Nombre de postes pourvus en médecine générale	1232	1419	2030	2414	2591	2733	2978	3301	3366
Pourcentage de postes pourvus en médecine générale	67%	59%	86%	84%	81%	82%	82%	84%	95%
Pourcentage des postes ouverts pour la médecine générale	46%	50%	49%	53%	56%	54%	53%	51%	47%
Pourcentage des postes non pourvus attribuables à la médecine générale	98%	100%	98%	98%	98%	88%	96%	92%	79%

De 2004 à 2011, la plupart des postes non pourvus suite aux ECN sont des postes de médecine générale. Ce constat peut être pondéré par le fait que la médecine générale est la spécialité qui propose le plus grand nombre de postes : 50% du total. Cependant, il faut admettre que, entre 2004 et 2011, près de 100% des postes non pourvus sont des postes de médecine générale. Cela est d'autant plus inquiétant que la médecine générale semble globalement être le choix des étudiants les plus mal classés aux ECN et donc, le « choix » des étudiants qui n'ont plus le choix. Pourquoi ce désamour patent de la médecine générale?

Le rôle des études et de la formation médicale apparaît comme prépondérant dans la détermination des étudiants à faire telle ou telle spécialité. Les études de médecine ne semblent pas propices à créer des vocations pour la médecine générale.

Pour comprendre cela, il faut considérer l'histoire de la médecine générale universitaire. Celle-ci ne débute que récemment avec la création du diplôme d'études spécialisées (DES) de médecine générale en 2004 (52). L'affirmation de la médecine générale universitaire n'apparaît qu'en 2009 avec les premières titularisations des enseignants de médecine générale. Ces derniers interviennent principalement devant les étudiants du troisième cycle des études médicales. Or ceux-ci ont déjà passé l'examen classant national et fait leur choix de spécialité. L'enseignement n'a donc plus d'impact sur ce choix.

L'émergence de vocations semble dès lors déterminée par les premier et deuxième cycles des études médicales. Or à ce stade, l'enseignement de la médecine générale passe essentiellement par des stages auprès de médecins généralistes. Ceux-ci sont malheureusement bien peu nombreux. En 2013, à peine 50% des étudiants de second cycle avaient pu bénéficier d'un stage en médecine ambulatoire (53).

Cette constatation doit être pondérée par une récente étude de la DREES (54). En effet, la réforme de 2011 visant à réduire le taux d'inadéquation à l'issue des ECN, a permis un meilleur ajustement entre le nombre de postes proposés aux ECN et le nombre d'étudiants qui prennent effectivement un poste à l'issue de la procédure de choix. La progression des postes pourvus a ainsi été particulièrement marquée en médecine générale, où elle est passée de 84% aux ECN de 2011 à 95% aux ECN de 2012 et 2013.

Ainsi, et même si cela change, les études médicales ne semblent pas être propices à créer des vocations pour la médecine générale.

Au total, la baisse constatée du nombre de médecins généralistes est pluri-factorielle. Plusieurs éléments cumulés conduisent à un fléchissement de la démographie médicale. Cependant, si la diminution du nombre de médecins généralistes est à l'origine d'une baisse de l'offre de soins, elle n'en est pas pour autant la seule cause. La diminution du temps médical disponible participe largement à cette réduction.

b) Diminution du temps médical disponible

Le temps médical disponible correspond au temps dédié uniquement aux soins. Pour simplifier, il est le temps des actes médicaux (consultations, visites,...). C'est à ce moment là que se font les examens cliniques, les diagnostics, les prescriptions et que se forment les relations médecins-malades. Son amputation n'a donc pas pour seul effet de diminuer l'offre de soins, elle impacte aussi sur l'expression du colloque singulier.

Le temps médical disponible pour un médecin est difficile à évaluer. Il faut, pour l'obtenir, soustraire au temps de travail global, toutes les tâches qui ne sont pas directement en rapport avec un acte médical (de soin ou de prévention). Sont donc exclues la gestion du cabinet, la comptabilité, une partie des tâches administratives (une part de l'administratif est difficile à détacher de l'acte de soins), les tâches ménagères, les temps de formation,... Ces fonctions représentent environ 20% du temps de travail du médecin généraliste (55). Une étude de la DREES sur l'emploi du temps des médecins généralistes (2) a tenté une évaluation hebdomadaire du temps médical disponible en multipliant le nombre d'actes par la durée déclarée de consultation. Il serait d'environ 33 heures par semaine ouvrée.

Cette notion de temps médical disponible est particulièrement importante puisque c'est la durée de ce moment qui influe directement sur l'offre de soins.

Nombre d'analyses et d'études s'accordent à dire que ce temps diminue (24,32,56). Plusieurs facteurs sont responsables de cette baisse.

(1) Baisse du temps de travail global des médecins généralistes

(a) Le temps de travail des médecins généralistes

Le constat est unanime, les médecins généralistes travaillent globalement moins qu'auparavant (19,24).

Cette affirmation doit cependant être pondérée par certains des points déjà abordés ci-dessus. En effet, si le temps de travail global des médecins généralistes tend à diminuer, les libéraux, n'ont pas diminué leur temps de travail (2,57). Il semble que cette baisse soit imputable à l'augmentation du nombre de médecins généralistes salariés.

D'après une étude de la DREES (57), le temps de travail des médecins généralistes libéraux a été de 48 heures en moyenne par semaine sur la période 1990-2004. Cette durée déclarée a augmenté au cours de la période d'étude pour atteindre 48 heures et 30 minutes en 2004. Elle varie aussi selon le sexe du médecin, étant cette année-là de 42 heures pour les femmes, et de 53 heures pour les hommes.

Pour autant, la féminisation du corps médical n'avait, à l'époque, pas entraîné de diminution globale du temps de travail, ses effets ayant été plus que compensés par une tendance à la hausse du temps de travail moyen, qui, toutes choses égales par ailleurs, s'est accru en moyenne de 11 minutes par an et par médecin.

Une enquête sur l'emploi du temps des médecins libéraux menée en 2010 (42) estime leur temps de travail hebdomadaire à près de 50 heures. Elle souligne la disparité des emplois du temps et des temps de travail, avec un nombre d'heures annuelles pouvant aller de 1 100 à 3 500 suivant le médecin. Elle met également en évidence la difficulté à établir une mesure fiable du temps de travail des médecins libéraux tant les organisations, les modalités d'exercice peuvent être différentes d'un professionnel à un autre.

Une autre enquête de la DREES évalue le temps de travail des médecins généralistes installés en libéral sur une semaine (2). Il ne peut être étendu à l'année puisque ne prenant pas en compte les périodes de vacances. Celui-ci est de 57 heures par semaine. Ils sont 78% à travailler plus de 50 heures.

(b) La féminisation de la profession

Comme nous avons pu le voir précédemment, la féminisation de la profession n'avait en 2004, pas eu d'impact notable sur le temps moyen de travail des médecins généralistes. Cependant, la démographie du genre s'est beaucoup modifiée depuis. Alors qu'en 2008, parmi les 83 669 médecins généralistes, les femmes étaient au nombre de 33 617 (soit 40 %), elles sont 40 072 sur 89 788 (soit 45%) en 2015 (22,29). Si la progression n'est pas spectaculaire, il faut prendre en compte l'âge des médecins selon leur sexe et considérer l'avenir. La moyenne d'âge des femmes généralistes est de 49 ans contre 54 pour les hommes. A cela s'ajoute un autre constat : les femmes sont plus nombreuses dans les tranches d'âges les plus jeunes (Figure 3).

Ces perspectives nous font entrevoir, dans un avenir proche, que le nombre de femmes médecins généralistes va s'accroître considérablement. Ainsi, d'après les projections établies par la DREES (1), les médecins généralistes femmes représenteraient 53,9% des effectifs en 2030.

L'impact de cette féminisation sur le temps de travail questionne.

Outre le fait que les femmes s'installent davantage en salariat, les études révèlent qu'une femme généraliste libérale travaille, en moyenne, moins qu'un confrère masculin. Dans une étude publiée par la DREES en 2012 (2), les femmes ont déclaré avoir travaillé, en moyenne, 53 heures la semaine précédant le sondage, contre 59 heures pour les hommes, soit 10% de moins.

Une autre enquête révèle des semaines moins chargées pour les médecins libéraux féminins que celles de leurs homologues masculins (42). Les femmes prendraient également plus de vacances.

Dans une autre étude réalisée en 2004, les femmes médecins généralistes travaillaient en moyenne 42 heures par semaine contre 53 heures pour les hommes (57). A l'époque, la féminisation du corps médical n'avait pas entraîné de baisse du temps de travail des médecins généralistes puisque compensée par une hausse globale du temps de travail. Cependant, il est légitime de penser que cette hausse va s'essouffler devant une féminisation qui se fait de plus en plus forte. D'autant qu'en 2007, un praticien sur deux se déclarait désireux de réduire sa durée de travail hebdomadaire, d'un volume de 12 heures environ (39).

Il faut également noter que le temps de consultation d'un médecin femme est plus long que celui d'un confrère masculin. En effet, la probabilité pour que la séance dure moins d'un quart d'heure augmente significativement si le médecin est un homme. La durée de consultation est plus souvent comprise entre un quart d'heure et une demi-heure si le médecin est une femme (58).

La féminisation de la profession joue donc un rôle dans la baisse du temps de travail global des médecins généralistes. A cela vient s'ajouter un temps de consultations plus long et donc une offre de soins primaires qui s'en voit d'autant plus diminuée.

(c) La régulation du temps de travail

Nous l'avons vu, l'idée que les médecins se font de la médecine est en constante évolution. Ainsi, les jeunes générations s'éloignent de leurs aînés en réfutant l'idée d'un médecin corvéable à merci. Cette divergence va plus loin que la simple volonté de se dégager du temps pour profiter de la famille ou s'octroyer des loisirs dans une optique de gain de qualité de vie. Elle est l'affirmation d'un certain rejet des pratiques antérieures qui consiste à dire que la qualité du travail n'est pas forcément synonyme de quantité, voire que la quantité peut être nuisible à la qualité. Ainsi, la valeur du travail se mesure moins systématiquement par le temps qui lui est consacré (59). Par ailleurs, il existe une certaine rupture dans la relation médecin/patient avec l'abandon du paternalisme et d'une relation exclusive. Le médecin généraliste ne se sent plus et n'est plus perçu comme indispensable par son patient. Son approche s'intègre davantage dans une conception collective de la médecine.

Ces modifications de conception du métier s'opèrent, entre autres, par la mise en place de stratégies de régulation du temps de travail. Réguler le temps de travail n'est, du reste, pas synonyme de réduction du temps de travail. Cela passe davantage par la volonté de planifier, organiser, et concentrer le temps de travail. Les médecins généralistes cherchent surtout à rapprocher leurs pratiques de travail d'un rapport qu'ils jugent équitable ou "normal" entre disponibilité temporelle, philosophie du métier et revenus.

Le salariat, les remplacements à long terme sont des stratégies de régulation du temps de travail évidentes que nous avons déjà abordées précédemment.

Chez les médecins généralistes libéraux, les possibilités pour réguler le temps de travail sont d'ordre organisationnel avec notamment une collectivisation du temps de travail dans le cadre de cabinets de groupe.

L'exercice en groupe est aujourd'hui majoritaire. La part des médecins généralistes libéraux déclarant travailler en groupe est passée de 43 % en 1998 à 54 % en 2009 (60). Cette augmentation spectaculaire est surtout le fait des jeunes médecins qui s'installent. En effet, les médecins généralistes libéraux installés, de moins de 40 ans, sont près de 80% à déclarer travailler en groupe.

La hausse des cabinets de groupe connaît pour autant, depuis 2003, un ralentissement (+1,6 % entre 1998 et 2003 contre + 0,8% entre 2003 et 2009). Celui-ci peut s'expliquer par le vieillissement des médecins mais aussi par un taux de regroupement qui tend inévitablement à se rapprocher de celui des installations spontanées.

Comment l'exercice en groupe modifie-t-il les modalités de pratique de la médecine ?

Si l'activité globale d'un médecin ne semble pas ou peu modifiée selon qu'il travaille seul ou en groupe, ses conditions d'exercice sont elles, bien différentes. En effet, les médecins généralistes installés en groupe semblent faire plus d'actes à la journée mais avec un temps de travail global inférieur que leurs confrères travaillant seuls (60,61). Ainsi, ces derniers travaillent davantage de demi-journées dans une semaine que les confrères en groupe. Ils semblent également prendre moins de vacances.

Un rapport de l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (Irdes) paru en 2014 évalue les pôles, maisons et centre de santé en termes de performance. Il semblerait que ces groupes pluriprofessionnels soient plus performants que les cabinets individuels sur bon nombre d'items évalués mais pas sur le nombre d'actes (62).

Une enquête réalisée chez les médecins généralistes des Pays de la Loire (61) montre que ceux travaillant en groupe ont travaillé 5 heures de moins que leurs confrères, durant la semaine ayant précédé l'enquête. Un meilleur équilibre entre vie professionnelle et vie personnelle semble d'ailleurs l'une des raisons principales au choix de l'exercice en groupe (63).

Le regroupement des médecins généralistes paraît donc un moyen efficace de régulation du temps de travail.

Au final, les médecins généralistes installés en libéral ne travaillent pas moins aujourd'hui qu'hier malgré une féminisation de la profession de plus en plus importante et une volonté de plus en plus marquée des généralistes à réguler leur temps de travail.

(2) Augmentation des charges administratives

La lourdeur des charges administratives apparaît comme un facteur évident de la baisse du temps médical disponible. Nous l'avons déjà vu, celles-ci augmentent (24,32,41) et viennent progressivement grignoter le temps dédié aux soins. Comme l'écrit le professeur François-Bernard Michel : *«l'agenda quotidien du médecin n'a plus rien de commun aujourd'hui avec ce qu'il était voilà une vingtaine d'années. Au temps médical de soins, d'enseignement et de recherche, s'est superposé un temps de tâches administratives, obligatoire et prégnant, et qui obère de plus en plus ses journées au détriment du temps consacré aux malades»* (19).

Selon les enquêtes, le temps dédié aux charges administratives est de 4,5 à 6,5 heures (55). Il existe une grande variabilité de ce temps d'un médecin à l'autre, et l'amputation du temps médical disponible sera plus ou moins importante selon la stratégie mise en place par le médecin pour y faire face. A cette notion s'ajoute le vécu de ce temps administratif qui, le plus souvent, est pesant pour le praticien.

Au total, la baisse de l'offre de soins primaires, soutenue par la diminution du nombre de médecins généralistes libéraux et la baisse de leur temps médical disponible s'inscrit dans un processus d'évolution sociétale mais également d'évolution de la médecine générale elle-même. Cette mutation, amorcée depuis quelques temps déjà avec la réforme du médecin traitant, doit s'opérer en intégrant les besoins de la population, les besoins des médecins mais également les obligations administratives. Pour autant, le patient, le malade, doit rester au centre des préoccupations du médecin généraliste : *«l'humanisme est consubstantiel à la médecine»* (19).

B. L'ORGANISATION DU CABINET

Le cabinet médical est le lieu privilégié, pour le médecin généraliste installé, de l'exercice de son « art ». Il est à la fois le cadre, l'outil, et le support des soins. Son organisation est primordiale puisque c'est elle qui va imposer un rythme de travail et permettre au médecin de répondre aux exigences du métier. Son importance et son impact sur le ressenti qu'un médecin peut avoir de son activité professionnelle se comprennent alors très bien. C'est cette organisation qui va déterminer les éventuels retards, les dérangements au milieu des consultations, le temps dédié aux tâches administratives, les temps de formation,... Tous ces éléments sont des sources potentielles de stress et sont pourvoyeurs de risques psychosociaux qui pourront mettre le praticien en difficulté.

D'autre part, le premier contact du patient avec le système de soins primaire passe par l'organisation du cabinet et le cabinet à proprement parler (local, salle d'attente, de consultation). Ces derniers participeront à l'impression première que le patient se fait du médecin et détermineront dans certains cas, le choix du médecin traitant.

Ainsi, la relation qui s'établit entre un patient et son médecin est dépendante de ce cadre et de cette organisation. La gestion du cabinet doit sans cesse être pensée, réévaluée et adaptée pour s'accommoder aux besoins du patient, mais aussi, pour que le médecin se sente à l'aise dans sa pratique.

Ce chapitre n'a bien sûr pas la prétention de décrire tous les cabinets et toutes les organisations possibles. Il existe probablement autant de fonctionnements de cabinet que de médecins généralistes. Cependant, nous décrirons ici les éléments importants et identifiables, retrouvés dans la littérature, qui régissent cette organisation.

1. Le temps de travail des médecins généralistes libéraux

Avant d'aborder les différents types d'organisation des cabinets de médecine générale libérale, il nous faut étudier le temps de travail des médecins. Ce temps est difficile à évaluer puisqu'il est la somme de multiples tâches dont la réalisation ne s'opère pas systématiquement lors d'un temps dédié.

D'après une synthèse de la littérature réalisée par l'Irdes en 2009, le temps de travail moyen des médecins généralistes libéraux est compris entre 52 et 60 heures hebdomadaires (55). Une étude menée par la DREES en 2012 corrobore ces chiffres avec un temps de travail hebdomadaire déclaré de 57 heures (2).

Ce temps ne peut, bien sûr, pas être dédié aux soins dans son intégralité. Seule une moyenne de 33 heures est consacrée aux soins. A côté de cela, les tâches administratives, d'entretien, la formation ou les activités professionnelles annexes doivent être assurées.

L'étude de l'Irdes évoquée ci-dessus a évalué le temps moyen passé par les médecins généralistes libéraux pour ces différentes tâches. Le tableau suivant illustre les données collectées :

Tableau 2 : Estimation des temps de travail hebdomadaire des médecins généralistes par groupe d'activité (55)

Groupes et nature de l'activité	Temps hebdomadaire moyen estimé	Pourcentage
Activité de diagnostic et de soins dans le cadre libéral	33,1 h	61%
Diagnostic et soins	33,1 h	
Autres activités de diagnostic et de soins	10,5 h	19%
Consultations gratuites	32 mn	
Activité salariée	120 mn	
Astreintes	385 mn	
Conseils téléphoniques	90 mn	
Formation, visiteurs médicaux	4,6 h	8%
Formation continue	63 mn	
Lecture	156 mn	
Réception des représentants de l'Assurance maladie	2 mn	
Réception des visiteurs médicaux	52 mn	
Autres activités	6,4 h	12%
Activités administratives	285 mn	
Tenue de l'agenda (prises de rendez-vous)	84 mn	
Entretien du cabinet	14 mn	
ENSEMBLE DES TEMPS ESTIMÉS	54,6 h	100%

Ces résultats sont présentés de manière simple pour la lecture, cependant, il faut comprendre que la pratique diffère de la théorie. Les différentes activités s'entrecoupent régulièrement rendant leur évaluation approximative.

Les médecins généralistes libéraux ont chacun leur rythme et ne gèrent pas leur temps de la même manière. L'attrait pour telle ou telle tâche, le caractère de chacun, le lieu d'exercice, l'idée que chacun se fait de son métier sont autant de facteurs qui influencent la gestion du temps de travail. Pour autant, celle-ci doit être maîtrisée afin d'éviter l'essoufflement des professionnels de santé et de limiter les potentielles erreurs médicales (64,65).

Le temps médical disponible correspond approximativement à 60% du temps de travail global. Il est essentiellement partagé entre les visites et les consultations (2,55). Le nombre de visites a largement diminué ces dernières années et ne représentait plus que 12% des actes médicaux en 2010. Le temps moyen pour une visite est estimé à 30 minutes contre 16 à 18 minutes pour une consultation.

La réalisation de ces actes s'étale du lundi matin au samedi matin avec, en moyenne, 9 demi-journées de travail hebdomadaire par médecin généraliste libéral.

Ces chiffres ne prennent pas en compte les actes gratuits qui sont pourtant monnaie courante mais difficiles à évaluer sur le plan quantitatif.

La latitude des médecins par rapport à ces chiffres est évidemment extrêmement importante avec des organisations et des pratiques qui diffèrent entre les professionnels.

En plus des actes médicaux, différentes tâches incombent aux praticiens. Ces tâches administratives, d'entretien, activités annexes font partie intégrante de la pratique des généralistes et doivent être incluses dans l'équation de l'organisation. Leur gestion participe à déterminer la disponibilité vis-à-vis des patients tant sur le plan physique que psychologique.

2. Le regroupement des médecins généralistes libéraux

L'un des premiers éléments qui détermine l'organisation du cabinet médical est le nombre de praticiens exerçant au sein de la structure. En effet, les problématiques organisationnelles ne seront pas les mêmes selon que le médecin travaille seul ou en groupe.

Il convient, avant d'aller plus avant dans ce chapitre, de définir ce qu'est un cabinet de groupe. En accord avec la littérature, nous appellerons « cabinet de groupe » tout lieu d'exercice constitué d'au moins deux professionnels de santé. Le terme « groupes médicaux » sera utilisé quand ils ne sont constitués que de médecins et celui de « groupes pluriprofessionnels » quand ils réunissent des professionnels de santé médicaux et paramédicaux.

Actuellement, la tendance est au regroupement des médecins généralistes libéraux. Pour mémoire, ils étaient 43 % en 1998 à travailler dans des cabinets de groupe contre 54 % en 2009 (60). Ce penchant est majoritairement impulsé par les jeunes médecins qui s'installent : les médecins généralistes libéraux installés de moins de 40 ans sont près de 80% à travailler en groupe.

Ces regroupements sont le plus souvent des groupes médicaux de petite taille : près de la moitié ne compte que deux médecins et seulement 10% dépasse quatre médecins. Cependant, les médecins les plus jeunes tendent à privilégier l'installation dans des cabinets médicaux comportant davantage de médecins que leurs confrères plus âgés.

Seul un quart des généralistes installés en groupe travaille au sein d'un groupe pluriprofessionnel. Ceux-ci sont de taille et de structure extrêmement variables. Cette forme de regroupement est encouragée par les pouvoirs publics depuis une dizaine d'année et notamment, sous la forme d'expérimentations de nouveaux modes de rémunération pour les maisons, pôles et centres de santé. L'objectif est de stimuler l'implantation des professionnels de santé dans des zones défavorisées en termes d'offre médicale, de développer les coopérations et une coordination pluriprofessionnelle afin d'améliorer non seulement les conditions de travail des personnels de santé œuvrant dans ces structures mais également la qualité des soins et du suivi des patients (66).

Comment l'exercice en groupe modifie-t-il les modalités d'exercice de la médecine ?

Nous l'avons vu, le cabinet de groupe permet essentiellement une régulation du temps de travail. Les différentes études menées sur le sujet montrent un niveau d'activité similaire pour un exercice seul ou en groupe. Mais le médecin exerçant en cabinet de groupe travaille moins de demi-journées que son confrère exerçant seul, au prix d'une densification du temps travaillé (60,61,63).

Ce phénomène de régularisation du temps de travail se comprend aisément car l'exercice en groupe permet une mutualisation des charges et des moyens. L'emploi de personnels est plus facile, moins onéreux et donc plus fréquent (67). Dès lors, les médecins peuvent se décharger d'une part des tâches administratives au profit du temps de soins. Ces tâches sont réparties entre secrétaire, comptable et autres employés.

L'informatisation du cabinet et le partage des dossiers y sont également plus fréquents.

Cette dynamique de regroupement s'inscrit dans un élan de mutation de la médecine générale avec une modification du mode d'exercice. Cette dernière permet une régulation du temps de travail au profit, semble-t-il, de la vie personnelle. Il faut cependant nuancer cette affirmation car la densification des heures de travail peut avoir des conséquences néfastes sur le médecin.

3. L'emploi de personnels

L'emploi de personnels est un élément extrêmement important lorsqu'il s'agit de penser l'organisation de son cabinet. L'embauche d'une personne va en effet permettre de déléguer une partie du travail à accomplir. Ceci se traduit par un regain de temps pour le praticien. En contrepartie, cela a un coût qu'il faudra pouvoir assumer.

a) Secrétariat

D'après une étude menée en 2011, 56% des médecins généralistes installés auraient un secrétariat (2). La présence d'un secrétariat est plus fréquente parmi les médecins exerçant en groupe (76% contre 34% pour ceux qui exercent seuls), et au-delà d'un certain seuil d'activité. Ainsi, 63% des médecins effectuant plus de 4 000 consultations et visites annuelles en disposent contre 43% de leurs confrères qui ont une activité moins importante. Ces résultats peuvent, en partie, s'expliquer par l'importance de la charge financière que représente l'emploi d'un ou d'une secrétaire (42). Ce poids financier s'avère moins élevé lorsqu'il est partagé avec d'autres confrères, et plus facilement envisageable à partir d'un certain niveau d'honoraires.

La présence d'un secrétariat est plus fréquente parmi les médecins les plus jeunes (70% pour les moins de 45 ans contre 53% pour les 45 ans ou plus).

Les formes d'organisation du secrétariat sont multiples. Dans la plupart des cas, il est assuré par une personne physique bien que le secrétariat téléphonique se développe de plus en plus. Ce dernier est plus souvent choisi par les médecins exerçant seuls. Certains généralistes ont recours aux deux types de secrétariats.

Les tâches confiées au secrétariat médical, en plus de l'accueil des patients et de la prise de rendez-vous, sont plus ou moins diversifiées (2). Dans trois quart des cas, le secrétariat assure la prise de rendez-vous d'examen pour les patients (75%) et joint des professionnels ou des organismes à la demande des médecins (72%). Certains délivrent des conseils aux patients, situation plus souvent déclarée par les médecins de plus de 55 ans (48% contre 34% pour ceux de moins de 45 ans). Lorsque le secrétariat est assuré par une personne présente physiquement au cabinet, celle-ci s'occupe également, dans neuf cas sur dix, de l'archivage des éléments de dossiers, ainsi que, dans huit cas sur dix, du suivi des consommables et du passage des commandes. L'encaissement des règlements des consultations lui est assez peu souvent confié (14%).

La présence ou non d'un secrétariat influe directement sur le temps de travail des généralistes. Selon des études menées par les Unions régionales des médecins libéraux de Rhône-Alpes et de Bretagne, ainsi que par la DREES, les médecins généralistes libéraux n'ayant pas de secrétariat passeraient en moyenne 30 minutes par jour à s'occuper de la prise de rendez-vous contre 6 minutes pour leurs confrères avec un secrétariat (55). Ramenés sur une semaine de 5 jours, ces résultats montrent un gain de temps de 120 minutes.

b) Comptable

Pour accomplir les tâches de gestion et de comptabilité, les modes organisationnels sont également multiples. Près de la moitié des généralistes fait appel à un comptable toute l'année (2). Un peu moins d'un quart des généralistes interrogés déclare s'en occuper eux-mêmes. Pour les autres, le comptable peut être consulté de manière ponctuelle, ou le médecin se fait aider par un parent, un proche. À l'instar des résultats relatifs au secrétariat, tenir soi-même sa comptabilité est une situation plus fréquente lorsque les médecins exercent seuls (28% contre 16% pour leurs confrères exerçant en groupe), et lorsque leur activité est inférieure à un certain seuil.

Le temps dédié par un généraliste pour la comptabilité est difficile à estimer car souvent associé, dans les études, à la globalité des tâches administratives. De plus, la comptabilité étant souvent per-

que comme pénible et qualifiée de « paperasses », le temps que les médecins estiment y consacrer doit être apprécié avec prudence car souvent surestimé.

Pour autant, il apparaît évident que cette comptabilité demande du temps et que ce temps varie suivant le mode de traitement. Ce mode de traitement (en anticipation, au fil de l'eau ou en rattrapage) influe beaucoup sur la perception que les médecins ont de cette charge administrative (42). En effet, certains l'évacuent sans mise en place de réelle stratégie alors que d'autres essayent de s'adapter pour y faire face.

c) Technicien de surface

L'entretien des locaux repose, dans la majorité des cas, sur une personne salariée du cabinet (67%) ou sur une société de nettoyage spécialisée (12%). Cependant, 14% des généralistes déclarent effectuer eux-mêmes cette tâche, 5% la confient à leur conjoint. Comme pour le secrétariat et la comptabilité, la sous-traitance de l'entretien des locaux est très liée aux modalités d'exercice (seul/en groupe) et au volume d'activité. La part des médecins qui s'occupent eux-mêmes de l'entretien est plus élevée lorsqu'ils assurent aussi eux-mêmes les tâches de secrétariat, et lorsqu'ils tiennent eux-mêmes leur comptabilité. Ainsi, 4% des médecins accomplissent eux-mêmes ces trois activités.

L'étude de l'union régionale des médecins libéraux du Rhône-Alpes déjà citée, montre que dans cette région, 23% des généralistes assurent eux-mêmes l'entretien de leur cabinet. Pour ces médecins, le temps dédié à cette tâche est d'environ une heure par semaine.

4. Activités annexes

En-dehors des activités de soins, de gestion ou de maintenance du cabinet, les médecins généralistes libéraux doivent s'organiser pour répondre à d'autres sollicitations professionnelles. Ces sollicitations peuvent rentrer dans le cadre de leur activité libérale de médecine générale, comme la formation médicale continue, ou s'inscrire dans le cadre d'une activité professionnelle autre dans laquelle le praticien se serait engagé.

a) Formation continue

La formation médicale continue est une activité qui incombe aux médecins généralistes et aux médecins en général. Son obligation est notifiée dans le code de déontologie médicale (Article 11) et confortée par la loi 2002-303 du 4 mars 2002 (Article 59) (68). Elle est réaffirmée dans la loi HPST, parue en juillet 2009 (4) avec la mise en place du développement professionnel continu (DPC). Celui-ci regroupe la formation médicale continue et l'évaluation des pratiques professionnelles.

Le temps que les médecins accordent aux activités de formation est extrêmement difficile à apprécier. Si le DPC rentre dans un cadre relativement formalisé, sa mise en place n'est pas encore étendue à l'ensemble des médecins généralistes et nous manquons de recul pour pouvoir tirer des chiffres précis de cette expérience.

Par ailleurs la formation médicale ne se fait pas uniquement au sein de cadres formalisés. Nombre de médecins réalise une partie de leur formation en lisant des articles médicaux (revues, internet,...). Ce type de pratique est évidemment délicat à chiffrer en terme de temps puisque s'opérant fréquemment sans rythmique particulière. Pour autant, d'après une étude parue en 2007 (55), les médecins déclaraient alors passer 2,6 heures par semaine à la lecture d'articles médicaux. Là aussi, le temps de la formation et l'organisation de cette formation varient grandement d'un médecin à l'autre.

b) Activité professionnelle annexe

Les médecins généralistes n'ont pas uniquement une activité en cabinet médical (2,55). En effet, nombre de généralistes libéraux déclare avoir des occupations annexes telles que des activités de soins, de coordination ou d'expertise dans des structures comme un établissement de santé, une maison de retraite en tant que médecin coordonnateur, une crèche etc... Ces activités doivent être intégrées dans les emplois du temps. Elles prennent, en moyenne une à deux demi-journées par semaine.

Elles sont de plus en plus répandues chez les généralistes libéraux. Ainsi, dans un panel de médecins libéraux mis en place par la DREES, les Observatoires régionaux de la santé (ORS) et les Unions régionales des professions de santé (URPS) de trois régions (Bourgogne, Pays de la Loire et Provence Alpes-Côte d'Azur), 30 % déclarent avoir une activité annexe (2).

Les enquêtes régionales ont révélé des résultats disparates: le taux d'activité mixte en Pays-de-la-Loire était de 42% en 2007 (39,69). En Bretagne, il était évalué à 18% en 2002 (70). En Ile-de-France, la proportion de médecins à exercice mixte représentait 50% de l'effectif des médecins libéraux en 2000 (71). Cette étude tenait compte de l'ensemble des médecins libéraux, aussi bien généralistes que spécialistes.

L'étude de l'Union Régionale des médecins libéraux d'Aquitaine a mesuré un taux de généralistes à activité mixte de 23% en 1999 (72). Elle a aussi fait part d'activités médicales non rémunérées et réalisées en dehors de leur cabinet, concernant 14% des généralistes. Le plus souvent, ces activités se déroulent dans le cadre sportif ou dans le cadre du dispositif public d'urgence.

Les activités annexes citées dans les précédentes enquêtes regroupent plusieurs domaines:

- activité hospitalière ou en clinique ;
- activité en centre de soins ;
- coordination d'établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) ;
- régulation téléphonique du travail d'entreprise ;
- médecine scolaire ;
- encadrement médical d'événements sportifs.

Cette diversification professionnelle, de plus en plus répandue, doit trouver sa place au sein d'un emploi du temps déjà chargé.

5. Informatisation du cabinet

L'informatisation des cabinets médicaux en médecine générale est quasiment la règle aujourd'hui. Cependant, l'outil informatique est utilisé et appréhendé de manière très différente suivant le médecin. Chacun en dispose comme il le souhaite et à son niveau. Ainsi, une étude sur l'apport de l'informatique dans la pratique médicale a permis d'évaluer, en 2000, quelle utilisation les médecins généralistes faisaient de cet outil (73). Celle-ci était très hétérogène et variait suivant le niveau du médecin. L'étude divisait les médecins en différents profils d'utilisateurs allant des « experts » aux « novices ». Entre ces deux extrêmes, se trouvaient plusieurs groupes de médecins manipulant plus ou moins bien l'outil.

Les tâches réalisées via l'informatique étaient également extrêmement variables. Le plus souvent, et en-dehors de la télétransmission, les médecins se servaient de l'outil informatique pour tenir à jour les dossiers médicaux des patients et comme aide à la prescription. Les autres tâches, comme l'échange de données, l'utilisation d'une messagerie individuelle, la consultation de bases de données,... étaient réalisées de manière très inégale.

La disparité du niveau d'informatisation résulte sans doute d'un effet générationnel avec une certaine réticence chez les professionnels âgés alors que les plus jeunes s'en emparent comme d'une évidence. Outre l'effet générationnel, le choix d'investir dans cette expertise technologique apparaît déterminant. Derrière le choix technologique qui requiert un investissement en temps et en argent

se profile aussi l'acceptation de la perte d'une certaine forme d'autonomie de fonctionnement, créant une dépendance technologique (42).

6. Les cadres juridiques

Le cabinet médical devient de plus en plus une réelle entreprise, avec ses obligations comptables, ses charges professionnelles et fiscales. Plusieurs cadres juridiques existent pour encadrer les divers modes de fonctionnement. Ces cadres sont particulièrement importants et utilisés dans les cabinets de groupes puisqu'ils permettent de régir la cohabitation sur un plan juridique. Peu de papiers ou de chiffres étant disponibles sur le sujet, il est difficile d'obtenir des éléments précis. Nous réaliserons donc ici un listing des principaux cadres existants.

- *Contrat d'exercice en commun* : il n'a lieu qu'entre professionnels de la même spécialité, avec ou sans partage des recettes. C'est la forme la plus légère en termes de formalisme (pas de formalité d'enregistrement), constituant l'association la plus simple. Chaque praticien demeure indépendant mais décide de mutualiser avec ses confrères l'exercice de sa profession.
- *La société de fait* : Il s'agit de structures d'exercice sans statut juridique officiel (société en participation, convention d'exercice...) même si, en pratique, les praticiens décident de régir leur activité selon des règles qui peuvent être écrites. L'absence de cadre juridique génère de l'insécurité juridique et fiscale. Les membres de ces sociétés de faits sont indéfiniment et solidairement responsables.
- *La société civile de moyens (SCM)* : c'est la forme juridique la plus ancienne. La société a pour objet exclusif la mise en commun des moyens utiles à l'exercice de la profession de ses membres en veillant au respect de la liberté de choix par le malade et de l'indépendance technique et morale de chaque associé. Elle peut notamment acquérir, louer, vendre, échanger les installations et appareillages nécessaires. Elle peut encore engager le personnel auxiliaire nécessaire et plus généralement, procéder à toutes opérations financières, mobilières et immobilières, se rapportant à l'objet social et n'altérant pas son caractère civil. Dans cette forme juridique, les apports de chacun ne sont pas déductibles, mais les intérêts d'emprunts le sont. La société n'exerce pas la médecine. Le capital social correspondant aux apports des associés et les parts sont réparties proportionnellement à leurs apports respectifs, au capital social. Les parts sociales ne peuvent être données en nantissement que pour garantir le paiement d'engagements concourant directement à l'exercice de la profession des associés. En cas de vente forcée des parts données en nantissement, les associés et la société jouiront des prérogatives légales. Les dépenses sociales sont couvertes par une redevance à laquelle chacun des associés est tenu au prorata de sa participation au capital; si des dettes apparaissent, elles sont réparties selon le même dispositif. Le montant des frais ainsi générés est à adjoindre aux frais professionnels de chacun des associés dans leur déclaration fiscale 2035.
- *La société civile professionnelle (SCP)* : Cette catégorie juridique vise des médecins de même spécialité, puisque, par fiction juridique, c'est la Société qui exerce la médecine. La société a pour objet l'exercice en commun par ses membres de la profession médicale, avec mise en commun des honoraires perçus en raison de cette activité. La société doit être considérée comme exerçant la profession médicale par l'intermédiaire de ses membres. Les honoraires et rémunérations de toute nature versés en contrepartie de l'activité professionnelle des associés, constituent des recettes de la société et sont perçus par celle-ci. Les dépenses et charges sociales sont constituées par les frais et débours de toute nature supportés par la société pour les besoins de l'activité professionnelle des associés ainsi que par ceux supportés pour son administration et sa gestion propre. Le bénéfice net de l'exercice se dégage de

la comparaison des recettes et des dépenses et charges. Pour ce qui est des dettes sociales envers les tiers, les associés en répondent solidairement et sans limitation de somme. Les bénéfices diminués des provisions ou autres charges, sont alloués aux parts sociales. Le surplus du bénéfice net, diminué le cas échéant des prélèvements qui seraient décidés par l'assemblée générale pour constituer ou alimenter certaines réserves ou fonds spéciaux jugés nécessaires, est réparti entre tous les associés, y compris les apporteurs d'industrie. Chaque associé répond sur l'ensemble de son patrimoine des actes professionnels qu'il accomplit. Toutefois, la société est solidairement responsable avec l'associé des conséquences dommageables de ses actes professionnels. Elle est en outre responsable dans les termes du droit commun des dommages qu'elle peut être amenée à causer à l'occasion de son fonctionnement, du fait du personnel qu'elle emploie. Il peut exister des cessions de parts, entre vifs ou après décès au profit de la société ou des associés ou de certains d'entre eux. Le décès d'un associé n'entraîne pas de dissolution de la société qui continue entre les associés survivants. La société est soumise à la convention nationale passée entre les organisations représentatives de la profession et les Caisses nationales d'Assurance maladie, toute modification doit se faire à l'unanimité des associés.

- *La société d'exercice libérale (SEL) s'apparente à une société commerciale, tant dans ses modalités de création que dans son fonctionnement. Elle peut regrouper des médecins généralistes et spécialistes sous condition que plus de 50 % du capital et des droits de votes soient détenus par des médecins, personnes physiques, exerçant effectivement au sein de la SEL ou par des sociétés de participations financières de professions libérales (SPFPL) qui ont pour seul objet la détention de parts ou d'actions de SEL. Par contre, d'autres personnes peuvent détenir du capital sous réserve que celui-ci soit inférieur à 50%. Il s'agit d'autres médecins exerçant ailleurs, d'anciens associés ou des ayants-droits des personnes précédemment citées. La société est inscrite au tableau de l'ordre et a pour objet l'exercice de la médecine. Elle rétribue les associés sous forme de salaires et dividendes. Les associés protègent leur patrimoine privé car ils ne sont engagés et responsables des dettes sociales de la société qu'à hauteur du capital social détenu. Les médecins restent en revanche responsables en totalité sur leurs actes professionnels. La structure en SEL permet aux professionnels de santé de céder progressivement leur cabinet à un associé collaborateur qui prendra au fur et mesure de plus en plus de parts de capital pour finalement arriver à une détention majoritaire.*

Cette liste n'est pas exhaustive. Il existe de multiples dispositifs légaux spécifiques dont l'étude n'a pas d'intérêt ici puisque destinés à des utilisations très spécifiques.

En médecine générale, les deux cadres légaux les plus utilisés sont les contrats d'exercice en commun et les sociétés civiles de moyens. Les SCP et SEL restent exceptionnelles dans la profession. Elles sont beaucoup plus utilisées chez certains spécialistes tels que les radiologues pour qui l'exercice nécessite un engagement financier important.

Les données de la littérature sont pauvres sur le sujet et il est difficile de savoir quel est l'impact de tel ou tel autre cadre juridique sur l'exercice et l'activité d'un professionnel. Une étude publiée par la DREES en 2004 montre cependant que les médecins qui n'exercent pas en groupe perçoivent des honoraires inférieurs à ceux reçus par les médecins qui ont constitué des sociétés, comme des SEL ou des SCM, avec, un écart de l'ordre de 18 % (67). Ce n'est en revanche pas le cas des médecins en SCP ou n'ayant pas précisé la structure juridique de leur société.

Au final, les possibilités organisationnelles sont multiples. Les différentes composantes que nous venons d'aborder s'imbriquent pour former un type d'organisation chez un médecin donné, et tel

autre chez un confrère. Cependant, elles sont encadrées par certaines contraintes qui participent finalement au mode d'organisation choisie. Ces contraintes sont d'ordre financier (emploi de salarié, choix du matériel,...), mais également liées aux compétences du praticien (compétences en informatiques, compétences en comptabilité,...). Le médecin généraliste n'apparaît donc pas entièrement maître de son organisation.

Dans l'étude de la DREES sur l'emploi du temps des médecins généralistes libéraux (42), cette maîtrise imparfaite se ressent puisque, 36% des généralistes libéraux considéraient *«qu'ils étaient bien organisés et que les choses se passaient comme ils le souhaitaient»*, 45% *«qu'ils pouvaient être mieux organisés mais que dans l'ensemble ça allait»* et, 19% disaient *«avoir le sentiment d'être débordés»*. Ce sentiment *« d'être débordé »* pèse sur le médecin en induisant une situation de stress quasi permanente.

L'étude des risques psychosociaux permet de mettre en évidence les différents facteurs pouvant conduire à cette situation de stress. C'est l'objet de notre prochain chapitre.

C. LES FACTEURS DE RISQUES PSYCHOSOCIAUX

1. Définition

Au cours des dernières décennies, la notion de stress au travail ainsi que ses déterminants (ou sources ou facteurs de risques) ont gagné en popularité et fait l'objet de nombreuses recherches.

Issu des disciplines biologiques et médicales, le concept de stress a tout d'abord été rattaché à des manifestations touchant les fonctions adaptatives. Le stress peut être défini comme un état biologique qui menace l'«homéostasie» ou équilibre interne de l'organisme. Lorsque survient dans l'environnement un changement important ou menaçant, les mécanismes de réponse au stress sont activés. Ces réponses nécessitent l'intervention du système nerveux central et périphérique et activent des fonctions adaptatives de survie, assurant ensuite un retour à l'équilibre homéostatique. Le stress est alors une réponse adaptative qui permet à l'organisme de gérer les stimuli menaçants ou «stresseurs». Si la source de stress se prolonge, la réponse au stress échoue à rétablir un équilibre et la réponse inadéquate peut être associée à différents états pathologiques. Les premiers travaux ont cependant entretenu la confusion entre deux éléments distincts : l'agent, le stresseur et le processus physiopathologique qui résulte de l'exposition au stresseur nocif, le stress. Le terme « stresseur» devrait être utilisé pour désigner le facteur déclenchant (au lieu du mot « stress » employé indifféremment dans le langage courant pour décrire l'agent stressant ou la réponse à ce stimulus), le terme de stress devant être réservé à l'état de l'organisme.

S'agissant de l'environnement de travail, le stress est une problématique préoccupante. Depuis les années 80, le monde du travail a connu une profonde mutation liée à son intensification, à des changements organisationnels et enfin à une évolution des secteurs d'activités. Il en résulte un niveau de stress non négligeable pour les travailleurs. Les troisième et quatrième enquêtes européennes sur les conditions de travail (74,75) font de ce stress l'un des principaux éléments qui affecte la santé des travailleurs avec respectivement 28% et 22% de plaignants.

Les facteurs déclenchants de ce stress, ou stresseurs, sont appelés aujourd'hui facteurs psychosociaux regroupant des facteurs de stress très divers rencontrés en milieu professionnel. Il s'agit de contraintes psychologiques, sociales et relationnelles dérivées de l'organisation du travail. Les facteurs psychosociaux peuvent également se définir comme l'ensemble des expositions professionnelles, qui ne relèvent pas d'agents physico-chimiques. Ces contraintes, confrontées aux ressources du professionnel, peuvent générer un déséquilibre et par conséquent, être nocives pour la santé physique et mentale (76–78).

2. Evaluation des facteurs de risques psychosociaux

Différents travaux et recherches ont abouti à l'élaboration de questionnaires, pour la plupart validés en termes psychométriques, permettant l'évaluation de certains facteurs psychosociaux au travail via auto-questionnaire ou questionnaire posé par un enquêteur. L'évaluation des facteurs psychosociaux au travail par d'autres méthodes, l'observation notamment, est restée très marginale en épidémiologie. Ces facteurs ont été conceptualisés à un niveau suffisamment général pour s'appliquer à toute population au travail, néanmoins les études ont principalement porté sur des populations salariées, celles sur les indépendants étant rarissimes.

a) Modèle de Karasek

La littérature a longtemps été dominée par le modèle conceptuel élaboré par Robert Karasek à la fin des années 1970 (*job strain model*) (79,80). La diffusion et la longévité de ce modèle s'expliquent par le fait que, très tôt, des études étiologiques ont souligné les effets prédictifs sur la santé cardiovasculaire du *job strain* de Karasek. Le modèle était à l'origine composé de deux dimensions : la demande psychologique, définie par la charge psychologique associée à l'exécution des tâches (en termes de quantité et de complexité des tâches, et de contraintes temporelles), et la latitude décisionnelle (combinant à la fois l'autonomie décisionnelle et l'utilisation des compétences). Selon Karasek, la combinaison d'une forte demande psychologique et d'une faible latitude décisionnelle (*job strain*) conduit à une situation à risques notamment pour la santé cardiovasculaire. Les différentes combinaisons des niveaux de la demande et de la latitude conduisent à quatre situations de travail, la plus à risque étant celle décrite précédemment, le *job strain*, et la moins à risque étant celle combinant une faible demande et une forte latitude. Ceci est illustré dans la figure suivante.

Figure 5 : Modèle Exigences/Contrôle de Karasek, 1981

		Demande (charge)	
		Faible	Forte
Latitude décisionnelle	Forte	Travail peu contraignant	Travail actif
	Faible	Travail passif	Travail très contraignant

À ces deux dimensions, s'en ajoute une troisième : le soutien social. Il traduit l'aide et la reconnaissance des collègues et du supérieur hiérarchique (81). Il permet d'identifier une situation de cumul : l'*iso-strain* dont les effets seraient marqués pour la santé et qui combine à la fois le *job strain* et l'isolement social (ou absence de soutien).

La validité prédictive des indices d'exigence psychologique, d'autonomie et de soutien social est largement attestée, de même que celle de leur combinaison repérée par les situations de *job strain* (exigences psychologiques élevées et autonomie faible) et *d'iso strain* (exigences psychologiques élevées, autonomie faible et soutien social faible).

Le questionnaire dérivé du modèle de Karasek, le *Job Content Questionnaire* (JCQ), a été validé dans de nombreuses langues, y compris en français, soulignant des qualités psychométriques satisfaisantes de l'instrument pour les populations salariées (82–84).

b) Modèle de Siegrist

Le modèle du déséquilibre effort-récompense (ERI pour *effort-reward imbalance*) développé par Johannes Siegrist (85) est fondé sur l'idée que la réciprocité des échanges est un principe fondamental des interactions interpersonnelles, profondément ancré dans le psychisme humain. Une violation de ce principe est de nature à susciter de fortes émotions négatives et un stress durable. Dans le cas du travail, le travailleur attend une récompense, matérielle ou symbolique, en échange de son effort: l'absence de récompense, ou des récompenses insuffisantes sont génératrices d'émotions négatives et de stress durable, tandis qu'une récompense en rapport avec l'effort fourni est créatrice de bien-être et de santé (86). Le questionnaire de Siegrist (ERIQ) cherche donc à mesurer d'une part l'effort, d'autre part les récompenses, puis à évaluer l'équilibre entre les deux. Dans la version de 2004, un indice d'effort synthétise six questions et un indice de récompense onze questions. Le modèle de

Siegrist a été largement utilisé. La validité, notamment prédictive, de ces deux dimensions d'effort et de récompense, ainsi que de leur croisement (repérage des situations d'effort élevé et récompense faible) est bien attestée.

Siegrist a également introduit dans son questionnaire des questions permettant de repérer une dimension supplémentaire: le surinvestissement (*over commitment*). Il estime en effet que trois raisons peuvent expliquer que des salariés acceptent un déséquilibre, à leur détriment, entre effort et récompense: l'absence d'alternative; un comportement d'investissement motivé par l'espoir de gains futurs; le surinvestissement dans le travail. Dans la version de 2004, le surinvestissement est mesuré par un indice synthétisant six questions.

c) Modèle de justice organisationnelle

La justice organisationnelle, et son corollaire, l'injustice, est un concept ancien qui initialement ne concernait pas uniquement le milieu de travail et qui a évolué au fil du temps. Apparu récemment dans l'épidémiologie sur les risques psychosociaux au travail, trois composantes de la justice peuvent être distinguées.

La justice distributive a longtemps constitué la principale forme de la justice étudiée dans la littérature (87) et relève de la justice dans la distribution des ressources (des résultats).

La justice procédurale est maintenant considérée comme encore plus importante que la justice distributive. Elle porte sur la justice dans les procédures, les méthodes et les mécanismes utilisés pour obtenir les résultats (et non l'équité des résultats eux-mêmes) et en particulier dans les procédures de prise de décision (prise en compte des positions de l'ensemble des parties, cohérence dans la prise de décision...).

Plus récemment, l'intérêt s'est porté sur la justice relationnelle, qui se définit par l'équité et la justice par lesquelles les personnes sont traitées sur le lieu de travail en termes de relations sociales (considération, politesse, respect, dignité...), cette dernière composante étant jugée également cruciale.

Certains auteurs évoquent enfin une dernière composante de la justice, la justice informationnelle qui focalise sur les modalités de communication de la hiérarchie notamment en termes d'information sur les procédures et les résultats. Cette thématique de recherche n'est apparue que depuis le tout début des années 2000 dans la littérature épidémiologique en santé au travail (88). Différents instruments ont été développés pour mesurer ces notions relatives à l'injustice, notamment le questionnaire d'Elovainio (2002), le plus utilisé dans la littérature pour évaluer les deux composantes procédurale et relationnelle de la justice, et lui-même dérivé d'un questionnaire élaboré par Moorman (89). Bien qu'utilisé dans plusieurs pays, notamment en Finlande, cet instrument n'a fait l'objet que de très peu d'analyses permettant d'évaluer ses propriétés psychométriques. À ce jour, il n'existe pas de version française de l'instrument, ni d'étude étiologique française sur ce concept. Les données sur la prévalence d'exposition aux différentes dimensions de l'injustice restent extrêmement parcellaires, et inexistantes en France.

d) Qualité du leadership

La qualité du leadership est un autre concept, qui présente quelques similitudes avec ceux de la justice relationnelle et de la justice informationnelle, puisqu'il a trait aux méthodes de management et de communication de la hiérarchie. Ce concept peut également être rapproché du soutien social de la hiérarchie et des récompenses du modèle d'ERI. Toutefois, la qualité du leadership repose sur des comportements managériaux plus concrets que les notions abordées dans les concepts de justice, soutien ou récompenses, permettant ainsi plus facilement la mise en place éventuelle d'actions de prévention. En effet, le concept de qualité du leadership se focalise sur les comportements managériaux en termes d'intégrité (manager honnête, juste, fiable, sincère), de motivation (posi-

tif/optimiste, encourageant, mobilisateur, enthousiaste), d'intégration (intégrateur, informant, communicant, stimulant le travail en équipe), d'autocratie (autocratique, autoritaire, élitiste, dictatorial), et d'auto-centrage (égoïste, asocial, solitaire, non-participatif). L'introduction de ce concept dans la littérature épidémiologique est très récente, et il existe à ce jour encore peu d'études. Un questionnaire permet de mesurer la qualité de leadership avec les cinq sous dimensions décrites précédemment (90), celui-ci étant lui-même dérivé de vingt-et-une échelles élaborées dans le cadre du projet Globe (*Global Leadership and Organizational Behaviour Effectiveness*), projet international centré sur les relations entre culture et leadership. Cet instrument n'a toutefois fait l'objet que de peu d'études de validation, et il n'en existe pas de version française.

e) Autres outils de mesure

A côté des questionnaires fondés sur une théorie globale comme le JCQ, l'ERIQ et ceux sur la justice organisationnelle, il existe quelques tests qui s'efforcent de rendre compte d'une grande diversité de facteurs potentiels de risques psychosociaux.

Le Copenhagen Psychosocial Questionnaire (COPSOQ), le Questionnaire Nordique Général (QPS Nordique) et le Working Conditions and Control Questionnaire (WOCCQ) sont trois questionnaires utilisés dans différents travaux sans qu'aucun ne soit utilisé à grande échelle. Ils permettent une étude approfondie des risques psychosociaux mais ont l'inconvénient d'être relativement longs.

D'autres questionnaires ont été élaborés sur des thèmes plus spécifiques tels que la violence au travail, l'insécurité au travail, le harcèlement, la précarité de l'emploi ou le temps de travail prolongé.

3. Conséquences du stress professionnel

L'étude et la prévention des risques psychosociaux au travail sont des enjeux de santé publique. La littérature a largement démontré que ces facteurs, conséquence d'un stress chronique, étaient à l'origine d'un retentissement sur la santé.

Selon le modèle de Selye, le stress chronique est le résultat d'une hypersécrétion chronique de glucocorticoïdes (91). Celle-ci aboutit à une sollicitation exagérée des fonctions vitales et l'apparition de symptômes tels que : douleurs, perte de l'appétit, perte du sommeil, difficultés à la concentration, labilité émotionnelle, angoisse,...

Les répercussions psychosomatiques de ce stress chronique ont été bien étudiées dans la littérature. Il est responsable d'une baisse de la réponse inflammatoire et immunitaire entraînant une susceptibilité aux infections (92) ainsi qu'une évolution plus rapide des phénomènes néoplasiques (93,94). Par ailleurs, il peut être responsable de troubles musculo-squelettiques ou des fonctions digestives (95).

Sur le plan cérébral, de nombreuses études attestent d'une participation du stress chronique dans le développement d'une vulnérabilité aux infections ou encore de syndromes dépressifs (96–98).

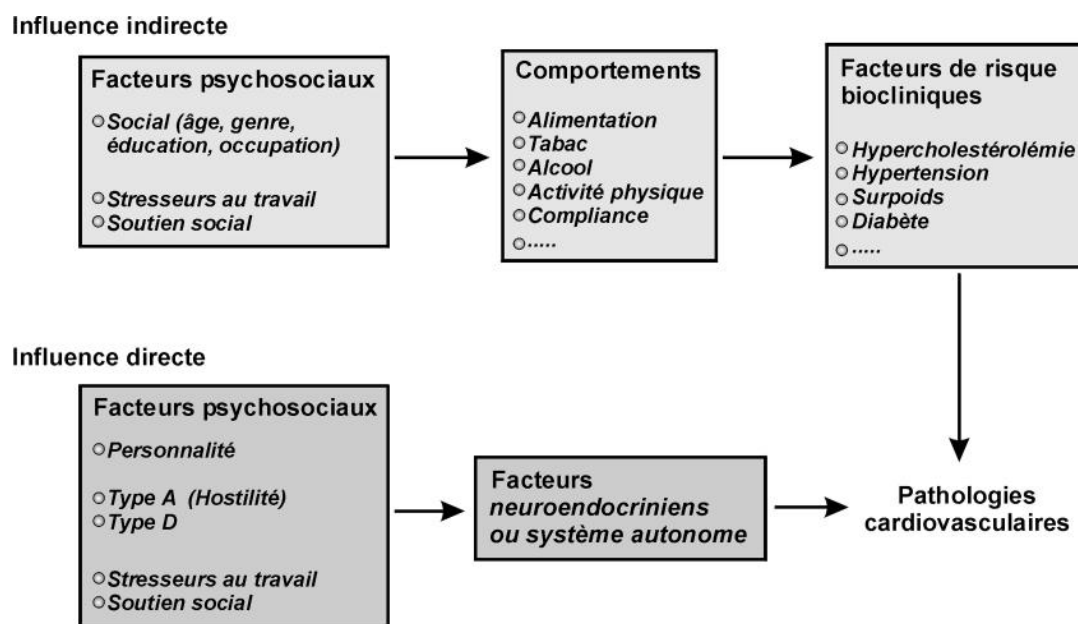
Dans le monde du travail, de multiples études ont relié les facteurs psychosociaux à des manifestations psychosomatiques et pathologiques. Cette littérature a notamment souligné leurs effets importants sur les maladies cardiovasculaires, les problèmes de santé mentale et les troubles musculo-squelettiques.

Les maladies cardiovasculaires sont la première cause de mortalité dans le monde. Cela fait de la compréhension de leur genèse et de leur prévention des enjeux majeurs de santé publique. Différents travaux établissent des liens directs entre les facteurs psychosociaux et les pathologies cardiovasculaires (77,99–101). Selon les études, la proportion de risque de développer des événements

coronariens attribuables à une situation de tension au travail varierait entre 7 et 16 % chez les hommes. Les femmes y semblent moins sensibles.

Actuellement, les recherches portant sur les facteurs psychosociaux et les pathologies cardiovasculaires s'appuient sur un modèle biopsychosocial qui postule que les liens entre ces deux entités sont à la fois directs et indirects (102). Directs parce qu'ils induisent un état de stress chronique qui, comme nous venons de le voir, active des facteurs neuroendocriniens agissant sur le système cardiovasculaire (hypertension, modification du rythme cardiaque,...). Indirects parce qu'ils entraînent des comportements à risque, eux-mêmes pourvoyeurs de risques cardio-vasculaires.

Figure 6: Relations directes et indirectes entre les facteurs psychosociaux et les pathologies cardiovasculaires selon un modèle biopsychosocial (76)



Les problèmes de santé mentale liés au travail sont de plus en plus présents. Dans une enquête européenne sur les conditions de travail (75), les symptômes tels que l'anxiété ou l'irritabilité sont souvent évoqués par les travailleurs.

La notion de santé mentale est vaste. En 2007, l'OMS la définit comme « un état de bien-être dans lequel chaque personne réalise son potentiel, fait face aux difficultés normales de la vie, travaille avec succès de manière productive et peut apporter sa contribution à la communauté » (103). En épidémiologie, l'atteinte de la santé mentale fait référence à une altération de l'état de santé dont le degré d'intensité varie depuis la présence de divers symptômes relatifs à la sphère mentale jusqu'à l'existence de pathologies psychiatriques avérées. Dans le champ qui nous occupe ici (santé mentale et activité professionnelle), les syndromes dépressifs sont de très loin les plus étudiés.

De nombreuses méta-analyses montrent des liens entre risques psychosociaux et syndrome dépressif (78,104,105). Les études intégrées dans ces méta-analyses et revues de la littérature explorent principalement les expositions psychosociales via le modèle de Karasek. Le syndrome dépressif y est évalué suivant les critères du DSM (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*).

D'autres désordres mentaux sont évalués dans la littérature comme étant en lien avec les facteurs psychosociaux. Les troubles du sommeil, les conduites addictives, le risque suicidaire ont ainsi été testés. Bien que les études à ce sujet soient beaucoup moins nombreuses, les conditions de travail

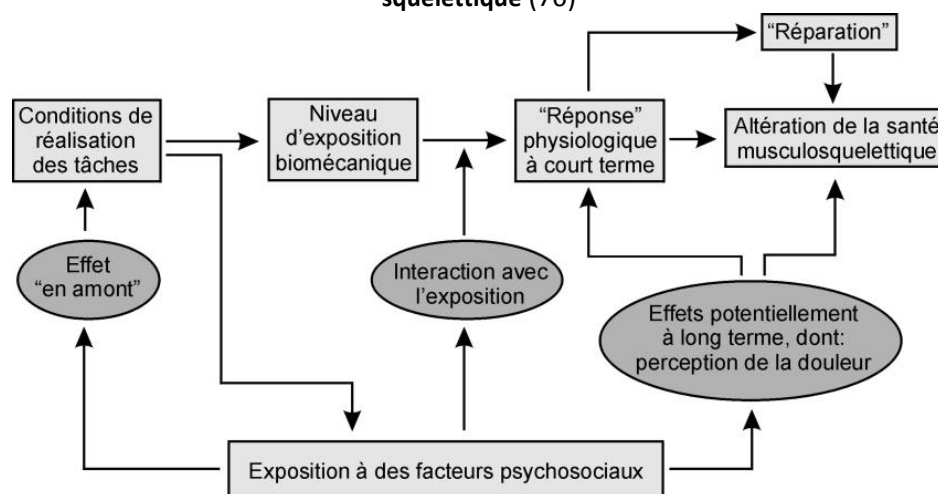
semblent avoir un impact sur les trois troubles évoqués. Concernant le risque suicidaire, les agriculteurs et les professionnels de la santé semblent les professions les plus exposés (106).

Les affections musculo-squelettiques sont, en France comme dans d'autres pays industrialisés, la première cause de maladie professionnelle indemnisée (107), et la première source de limitations dans le travail (108). Bien que la majeure partie des expositions professionnelles en cause soient des hypersollicitations de nature physique, la question du rôle des expositions psychosociales et organisationnelles se pose aussi. De nombreuses études mettent en évidence des liens avec des expositions autres que biomécaniques. Macfarlane publie une grande revue de la littérature sur ce sujet en 2009 (109). Elle montre de manière quasi systématique un lien entre une forte pression psychologique au travail et l'apparition de troubles musculo-squelettiques. D'autres études plus restreintes vont dans ce sens (110–113). Il faut tout de même noter que certaines études remettent en doute la validité de ces associations (114,115).

Trois principaux types d'effets des facteurs psychosociaux peuvent conduire à une altération de la santé musculo-squelettique :

- les effets « en amont » liés directement à l'organisation du travail qui ont des répercussions d'ordre biomécaniques ;
- les effets « d'interaction », liés au stress à court terme, responsable d'une activité musculaire accrue (116) ;
- les effets liés au stress à long terme, responsable d'une moins bonne récupération après des micro-traumatismes (moins de sommeil, inflammation plus durable,...) (117,118).

Figure 7: Différents niveaux d'impacts des facteurs psychosociaux au travail sur la santé musculo-squelettique (76)



D'autres effets sur la santé liés aux facteurs psychosociaux sont évoqués dans la littérature. Les cancers, les pathologies digestives et les dermatopathies, notamment, pourraient être favorisés par une situation de tension au travail. Cependant, les études ne sont pas encore assez nombreuses pour pouvoir attester de la validité de ces liens (119,120).

Ainsi, l'exposition aux facteurs psychosociaux est fortement liée à l'émergence de pathologies qui peuvent être sévères et handicapantes. Ce lien est prouvé pour ce qui concerne les pathologies mentales, les maladies cardio-vasculaires et les affections musculo-squelettiques. D'autres liens semblent pouvoir se faire avec certaines pathologies néoplasiques, digestives ou dermatologiques. Ces perspectives mettent en lumière l'importance de l'étude et de la compréhension de ces risques qui sont d'ailleurs largement connus des médecins du travail.

4. Etude des risques psychosociaux chez les indépendants

Peu d'études ont cherché à évaluer les risques psychosociaux chez les indépendants. Pourtant, dans l'enquête européenne sur les conditions de travail réalisée en 2005 (121), 43% des indépendants considèrent que leur travail a un impact négatif sur leur santé, et 26% citent le stress parmi les symptômes ressentis de cet impact. De même, une autre enquête retrouve des scores de « bien-être » plus bas chez les indépendants que chez les salariés (122).

Au-delà du stress, les indépendants souffriraient davantage d'épuisement professionnel (ou burn out) que les salariés (123).

Malgré ces constatations, il semblerait que le stress des indépendants soit sous-estimé. En effet, certaines professions, et notamment les dirigeants, seraient réfractaires à avouer leur stress. Des raisons culturelles sont avancées avec en particulier, l'idée d'un dirigeant en bonne santé, que le stress ne pourrait atteindre (124).

L'étude des risques psychosociaux chez ces travailleurs pourrait permettre de s'affranchir de ce paradoxe (entre un stress plus présent mais moins perçu) en suppléant au terme de stress, trop imprécis. En effet, utilisé dans la vie courante, le terme de « stress » est trop polysémique pour rentrer dans une démarche scientifique. Aussi, il convient de se rapprocher des épidémiologistes et de distinguer ce qui est du domaine de l'exposition de ce qui est du domaine de la santé.

a) Caractéristiques des indépendants

Selon l'INSEE (5), les indépendants ou non-salariés se distinguent des salariés par l'absence de contrat de travail, et par le fait qu'ils n'ont pas de lien de subordination juridique permanente à l'égard d'un donneur d'ordre. Au 31 décembre 2014, cette tranche de travailleurs représentait 2 721 600 personnes soit environ 10 % de la population active.

Sur le plan de la morphologie sociale, plusieurs points sont à noter. Les indépendants sont plus souvent des hommes. Ils sont globalement plus âgés que les salariés mais également plus diplômés. Les travailleurs étrangers y sont plus nombreux.

Les non-salariés constituent une population hétérogène et il s'avère difficile de comparer les conditions de travail d'un boulanger avec celles d'un agriculteur ou d'un avocat. Cependant, le rapport de 2011 de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm) (76) dégage des traits communs à cette catégorie de travailleurs. Ils se distinguent d'abord et comme leur nom l'indique, par leur indépendance ou leur non subordination. Le corollaire de cela est un certain degré d'autonomie bien que, nous le verrons par la suite, celle-ci est parfois contrariée (charges administratives, contraintes économiques,...). Par ailleurs, il faut noter chez les non-salariés, une volonté de conserver une relation de proportionnalité entre la quantité de travail ou les résultats et le niveau de rémunération. Ainsi, dans une étude parue en 2009 sur les conditions de travail des non-salariés, 67,4% d'entre eux estimaient que leur rémunération dépendait de leur façon de travailler, contre seulement 18,5% des salariés (125). Les indépendants prennent également plus de risques sur le plan financier (126). La responsabilité financière se mesure également aux conséquences des erreurs dans le travail. Dans tous les secteurs, à travail équivalent, les indépendants déclarent davantage que les salariés qu'une erreur de leur part entraînerait des coûts financiers pour l'entreprise : 70% des agriculteurs exploitants contre 48% des salariés agricoles, 70% des artisans contre 50% des ouvriers qualifiés de type artisanal ; 45% des commerçants contre 37% des employés de commerce et 86% des chefs d'entreprise contre 79% des cadres d'entreprise (127).

b) Conditions de travail des indépendants

Globalement, le temps de travail des non-salariés est supérieur à celui des salariés. Cela avait déjà été montré dans la quatrième enquête européenne sur les conditions de travail (75) et confirmé par la cinquième (128). Dans cette dernière, près de 50% des indépendants travaillaient plus de 48 heures contre seulement 11% pour les salariés. Cet écart a plusieurs explications : l'absence de réglementation sur le temps de travail des non-salariés, le lien entre rémunération et quantité de travail, le cumul de l'activité professionnelle et de tâches annexes de gestion, comptabilité, management et la faible part du temps partiel (76).

La population non-salariée se distingue du reste de la population active par une grande autonomie. Néanmoins, cette autonomie peut être diminuée du fait de contraintes administratives et économiques de plus en plus prégnantes. Par ailleurs, il existe une catégorie de « faux » ou « nouveaux » indépendants, qui ne bénéficient pas de l'autonomie à laquelle ils pourraient prétendre. C'est le cas des entrepreneurs qui sont sous-traitants d'une entreprise et qui en sont donc économiquement dépendants.

En miroir de cette autonomie, les indépendants semblent souffrir davantage de solitude au travail que les salariés. Dans une enquête sur les conditions de travail menée en 2005 (125), les non-salariés sont 33,8 % à déclarer ne pas recevoir d'aide de collègues ou de personnes extérieures et 23,4% à ne pas avoir la possibilité de coopérer pour effectuer leur travail, contre respectivement 15,2% et 11% pour les salariés.

De plus, il faut insister chez les indépendants sur l'effet des « stresseurs de rôles » (76). Ceux-ci comprennent les conflits de rôle, l'ambiguïté et la surcharge de ces derniers, les trois étant générateurs de stress chez les salariés et les indépendants. Il y a conflit de rôles lorsqu'une personne fait l'objet d'attentes ou d'exigences incompatibles ou contradictoires entre elles. L'ambiguïté de rôles survient lorsque les informations concernant les attentes ou exigences liées au poste occupé ne sont pas assez explicites pour que la personne puisse effectuer correctement son travail. La surcharge de rôles apparaît lorsqu'une personne cumule les casquettes. Cette théorie fait suite aux travaux de Merton parus en 1957 dans son livre *Social Theory and Social Structure* (129). Chez les indépendants, plusieurs études discernent ces cas de figures (26,130). Ces stresseurs de rôle sont identifiés comme risque psychosociaux (131).

En résumé, les indépendants semblent soumis à un temps de travail élevé. Ils disposent souvent d'une grande marge de manœuvre pour pratiquer leur métier. Ils doivent répondre à d'importantes responsabilités (notamment financières) et sont souvent seuls pour y faire face. En termes de risques psychosociaux et d'après le modèle de Karasek, il s'agit d'une situation de travail actif à laquelle s'ajoute un manque de soutien social.

De même, considérant le modèle de Siegrist, nous pourrions supposer que les indépendants sont mieux lotis que les salariés puisque le salaire et la récompense découlent a priori du travail accompli. Cela ne se retrouve pas pour autant dans les déclarations de stress et de fatigue perçus. En effet, dans la quatrième enquête européenne sur les conditions de travail, les travailleurs indépendants sont plus nombreux que les salariés (employés) à déclarer des problèmes de santé liés au travail (75). Le stress notamment, est un symptôme souvent rapporté par les non salariés.

Ce paradoxe peut s'expliquer par le fait que la validité des modèles sus-cités a été établie à partir d'études faites dans la population salariée. Leur extrapolation aux indépendants peut donc être hasardeuse. De plus, au-delà de ces modèles traditionnels, il faut envisager qu'il existe des risques spécifiques aux indépendants. Ils seront abordés dans la prochaine partie.

c) Risques spécifiques des indépendants

Les modèles traditionnels adaptés aux salariés, ne semblent pas pouvoir pleinement rendre compte des risques psychosociaux auxquels sont soumis les travailleurs indépendants. Par exemple, d'après

Algava (76), «le modèle de Karasek n'est pas totalement approprié pour les non-salariés car il n'évoque pas la dimension de l'emprise du travail, qui affecte beaucoup plus fréquemment cette population». D'autres facteurs, tels que les formes spécifiques de reconnaissance recherchées auprès des clients, l'insécurité économique ou les liens avec l'administration, sont également absents du modèle de Karasek.

De la même manière, le modèle de Siegrist peut être remis en question chez les indépendants. Il en va de la notion de récompense qui peut ne pas être perçue de la même manière suivant les secteurs d'activité. Bernon (132) affirme au sujet des chefs d'entreprise, que «sans doute la reconnaissance recherchée s'enracine moins dans le pécuniaire ou le statut que dans l'estime portée à la défense de son entreprise et au déploiement des efforts pour en assurer la survie. C'est d'une reconnaissance symbolique dont ces chefs d'entreprise ont besoin».

C'est là toute la complexité de transposer un modèle établi aux travailleurs non-salariés, d'autant que cette population est très hétérogène.

Le collège d'expertise sur le suivi des risques psychosociaux au travail propose un socle commun des facteurs de risque spécifiques des indépendants (131) :

- La solitude : nous l'avons déjà vu, elle est inhérente au statut d'indépendant. Elle amplifie notamment le poids des responsabilités et de la prise de décision, ainsi que les difficultés de la gestion des problèmes avec les clients difficiles.
- Le souci de transmission : il existe, chez les indépendants, une peur de ne pouvoir transmettre leur entreprise/patientèle/savoir malgré le résultat d'un travail de plusieurs années. Apparaît également une peur de transmettre, associée à l'angoisse de la rupture ou du changement de philosophie dans le métier investi par le travailleur.
- Les relations avec l'administration : souvent vécues comme un frein à l'autonomie, les contraintes administratives peuvent peser sur les professionnels.
- Une moindre proximité des règles de sécurité.
- L'intensité du travail : le rapport de l'Inserm (76) insiste sur ce point avec notamment plus d'heures travaillées chez les indépendants et la surcharge des rôles.
- L'imbrication entre vie familiale et vie professionnelle : les non-salariés disent plus souvent avoir du mal à concilier vie professionnelle et vie familiale.
- L'insécurité économique : il y a une incertitude économique propre aux indépendants et une responsabilité sociale vis-à-vis de ceux qu'ils emploient.

Ces différents facteurs sont plus ou moins prégnants suivant la profession, leur recherche devra donc s'adapter à la population envisagée.

En conclusion, tout comme les salariés, les indépendants sont confrontés dans leur travail à de multiples facteurs psychosociaux susceptibles de dégrader leur santé physique ou mentale. Selon les situations concrètes de travail, ils y sont inégalement exposés. Leur plus grande liberté d'organisation dans le travail est loin de constituer une protection efficace contre ces différents risques psychosociaux et leurs conséquences.

Nous ferons, dans la prochaine partie, l'état des lieux sur les connaissances des risques psychosociaux encourus par les médecins généralistes libéraux.

5. Etude des facteurs de risques psychosociaux en médecine générale

Il n'existe pas ou peu d'études concernant les risques psychosociaux auxquels sont soumis les médecins généralistes libéraux. Pour autant, il est possible d'identifier dans la littérature, différents stressors qui retentissent sur le fonctionnement et l'état de santé des omnipraticiens installés.

a) Etat de santé des médecins généralistes

En 2010, la DREES, en collaboration avec les observatoires régionaux de santé, publie une étude sur la santé physique et psychique des médecins généralistes (133). Elle est le résultat de la quatrième vague d'enquêtes réalisées chez des médecins généralistes de cinq régions : Basse-Normandie, Bretagne, Bourgogne, Provence-Alpes-Côte d'Azur, Pays de la Loire. Les données obtenues sont des données déclaratives. Ces résultats sont comparés à ceux de l'enquête Handicap Santé en ménages réalisée en 2008.

Il ressort que la part des généralistes s'estimant en bon ou très bon état de santé est plus réduite que celle des cadres et professions intellectuelles supérieures en activité mais plus importante que dans la population active. Ceci ne varie pas en fonction de l'âge ou du sexe. Par contre, la part des médecins généralistes pris en charge au titre d'une affection de longue durée est moins importante que dans la population générale, y compris pour les cadres et professions intellectuelles supérieures. Le détail n'est pas fait sur les pathologies somatiques en cause.

Au total, les médecins généralistes ont globalement une meilleure perception de leur santé que la population générale. Ce phénomène pourrait s'expliquer par une satisfaction au travail quasi unanime.

Les études à l'étranger ne vont pas toujours dans le sens de ce constat. Ainsi plusieurs d'entre elles témoignent d'un stress et de troubles liés à ce stress (anxiété, dépression) plus importants pour les médecins que dans la population générale (134,135).

Les trois premiers symptômes dont se plaignent les généralistes sont dans l'ordre : la fatigue, le stress et les troubles du sommeil. Ceci nous amène à considérer la santé mentale des omnipraticiens. Dans l'étude de la DREES (133), sont rapportés des comportements de consommation à risque d'alcool moins fréquents que dans la population générale. L'utilisation des psychotropes y est sensiblement égale. Le sentiment de détresse psychologique n'est pas davantage ressenti par les médecins que par le reste de la population active.

Notons que dans ces comparaisons, les différences peuvent être liées au fait que les médecins appréhendent l'état de santé, les maladies et leur durée de façon différente de la population générale (136).

b) Ressenti du travail

Selon diverses études, les médecins généralistes libéraux sont, pour la plupart, satisfaits de leur situation professionnelle (39,137,138). Ils sont environ 75% à se déclarer l'être. En ce qui concerne les médecins en général, une étude de l'ordre national des médecins réalisée en 2015 a montré qu'ils étaient 61% à être satisfaits de leur travail. Dans le même temps, nombre de médecins rapportent néanmoins des signes d'épuisement professionnel (65,138).

(1) Satisfaction des médecins généralistes

La satisfaction professionnelle des médecins généralistes libéraux français est majoritaire ; la littérature est quasi unanime sur le sujet.

Dans une étude menée par l'union régionale des médecins libéraux et l'observatoire régional de la santé dans les Pays de la Loire (38), les auteurs se sont attachés à décrire le vécu et le ressenti des médecins généralistes quant à leur profession. Il en ressort qu'une grande majorité des médecins interrogés se dit être fière et passionnée par son métier. Par ailleurs, les médecins généralistes ont davantage foi en l'utilité de leur métier que les autres professions.

En regardant plus en détails, la satisfaction ne semble dépendre ni de la région ni du genre (39). En revanche, l'âge semble jouer un certain rôle, avec une satisfaction qui diminue jusqu'à 53 ans environ.

La durée du temps de travail influe sur la satisfaction. Celle-ci diminue quand la durée de travail s'allonge.

Paradoxalement, l'augmentation du nombre d'actes est un facteur de satisfaction. Un médecin effectuant plus de 120 actes par semaine a une opinion nettement plus favorable de son activité professionnelle qu'un médecin réalisant moins de 80 actes par semaine. Ce paradoxe entre actes et temps peut trouver une justification financière avec un salaire qui augmente quand le nombre d'actes augmente. De plus, en considérant que l'augmentation du nombre d'actes est un moyen pour le médecin de faire pencher la balance du temps de travail du côté du temps médical plutôt que de celui du temps administratif et de gestion, nous pouvons y voir là, la volonté des médecins à être auprès de leurs patients.

Par ailleurs, les médecins installés en groupe semblent, dans cette étude, davantage satisfaits que leurs confrères installés seuls. Des raisons organisationnelles peuvent expliquer ce fait avec notamment, un partage plus aisé de la permanence des soins mais également des raisons économiques (partage des charges) ou simplement le plaisir de travailler dans un collectif.

Enfin cette étude s'est intéressée à la satisfaction des médecins en fonction de leur patientèle. Il apparaît qu'une augmentation de la part de patients ayant entre 60 et 69 ans est cause d'une baisse de la satisfaction. A contrario, une augmentation de la part de patients de plus de 70 ans entraîne une hausse de la satisfaction. La tranche d'âge 60-69 ans est celle pour laquelle les attentes et les demandes des patients s'avèrent être les plus lourdes et les plus difficiles pour les médecins. En effet, la réalisation de nombreux actes diagnostiques, nécessaires au moment de l'induction des traitements des maladies chroniques, tend à constituer une prise en charge complexe. C'est peut-être aussi un âge où l'échec des traitements, tout en étant déjà relativement fréquent, reste néanmoins très peu accepté par le patient et le médecin. Ce dernier semblerait en tout cas trouver la charge émotionnelle liée à ce type de patientèle bien lourde à supporter.

Cette charge émotionnelle, associée à des temps de travail important et à l'impression de travailler trop dur, viennent ternir cette satisfaction globale, engendrant chez certains médecins généralistes un stress chronique voire un épuisement professionnel.

(2) Épuisement professionnel des médecins généralistes

Selon Maslach et Jackson, l'épuisement professionnel (ou burn out) est "*un syndrome d'épuisement émotionnel, de dépersonnalisation et de réduction de l'accomplissement personnel qui apparaît chez les individus impliqués professionnellement auprès d'autrui*" (139).

Il faut donc considérer trois dimensions :

- l'épuisement émotionnel renvoie au fait que la personne est vidée nerveusement, qu'elle ressent une intense fatigue psychologique ;
- la dépersonnalisation correspond à un manque d'intérêt pour son travail, à des attitudes impersonnelles, négatives, détachées, cyniques envers les clients ou les patients ;
- la réduction de l'accomplissement personnel correspond à un sentiment d'échec et au déclin des compétences. Cette dimension est la conséquence directe des deux premières.

D'après différentes études, le syndrome complet d'épuisement professionnel toucherait environ 4% des médecins généralistes de ville (65,140,141). Cette prévalence serait plus élevée chez les médecins que chez d'autres groupes de professionnels travaillant au contact de la population, tels que les infirmiers, les travailleurs sociaux, les sapeurs pompiers ou les aides soignantes (3). Ce sont les dimensions d'épuisement émotionnel et de dépersonnalisation qui prennent le pas chez les médecins

en comparaison aux autres groupes. La réduction de l'accomplissement personnel semble constante chez les différents professionnels étudiés.

La gravité de l'épuisement professionnel vient de ses conséquences. Celles-ci peuvent être multiples et catastrophiques tant pour les médecins que pour les patients. Pour les premiers, elles vont de l'élaboration de stratégies d'adaptation individuelle avec le repli sur soi, l'évitement, aux tendances addictives en passant par la dépression et sa complication dramatique : le suicide. La reconversion et le retrait de plaques font bien sûr partie de ces conséquences.

Pour les patients, la baisse de la qualité des soins reçus et l'augmentation des dépenses pharmaceutiques sont autant de répercussions qui peuvent découler de l'épuisement professionnel de leur médecin (140,141).

Cette situation de burn out est fortement associée à un ressenti négatif de la relation médecin-patient, ce qui affecte la dimension de l'épuisement émotionnel. Par ailleurs, le manque d'autonomie et, à une moindre échelle, la charge de travail participent également à accroître cette tension émotionnelle (142).

Dans une autre étude, et sur un plan plus pratique, un épuisement émotionnel élevé est significativement associé à un temps de travail élevé (38). Par ailleurs une charge mentale au travail élevée, assimilée au stress de devoir s'occuper de patients en fin de vie ou d'être en conflit avec des patients, est corrélée à un épuisement émotionnel élevé.

La dépersonnalisation, quant à elle, est plus importante chez les médecins soumis à un contentieux judiciaire. De la même manière, les demandes irréalistes de patients ou l'impression de voir ses connaissances et son autorité remise en cause par les patients sont des situations qui participent à faire grandir cette dimension de la dépersonnalisation. A contrario, se sentir bien préparé et efficace dans la prise en charge des patients diminue la dépersonnalisation.

Une baisse de l'accomplissement personnel est associée au fait d'être en couple et à une latitude décisionnelle faible. Par contre, il augmente avec la satisfaction des relations entre confrères et avec le sentiment de bonne préparation et d'efficacité vis-à-vis de la prise en charge des patients.

(3) Suicides chez les généralistes libéraux

D'après l'étude de Leopold publiée en 2003 et portant sur 42 137 médecins en activité, l'incidence du suicide était de 14% contre 5,6% dans la population générale (143). Près d'un médecin sur trois était déprimé dans cette étude. Ce constat inquiétant et peu médiatisé est bien connu dans la littérature. Une revue de la littérature anglo-saxonne montrait déjà en 1995 une surmortalité par suicide dans les professions médicales (144). D'autres études, par la suite, ont confirmé cette tendance (145,146). En France, l'institut de Veille Sanitaire insiste sur ce point dans une synthèse de données en lien avec le suicide et l'activité professionnelle parue en 2010 (106).

Ainsi, il est bien mis en évidence que si les médecins sont majoritairement satisfaits de leur situation professionnelle, ils sont également soumis à certaines contraintes (charge mentale, charge émotionnelle, temps de travail,...) qui peuvent être responsables d'une forme d'épuisement pouvant aller jusqu'au burn out et au suicide.

Ces contraintes sont étudiées et évaluées à travers l'étude des facteurs de risques psychosociaux.

c) Traduction en termes de risques psychosociaux

(1) **Les modèles traditionnels**

Nous l'avons déjà dit, il est difficile de transposer les modèles d'études des risques psychosociaux traditionnellement utilisés et validés chez les salariés à l'étude des risques psychosociaux chez les indépendants.

Dans cette partie, nous tenterons cependant d'analyser ces risques au travers des deux modèles les mieux validés que sont les modèles de Karasek et de Siegrist.

(a) **Modèle de Karasek**

Comme vu précédemment, le modèle de Karasek étudie trois dimensions que sont la latitude décisionnelle, la demande psychologique et le soutien social. Un déséquilibre entre elles peut être à l'origine de situations plus ou moins à risque pour la santé physique et mentale du professionnel.

Nous allons voir comment les données de la littérature sur les risques psychosociaux des médecins généralistes libéraux peuvent se situer dans ce modèle à trois composantes.

La latitude décisionnelle

Elle comprend deux dimensions que sont l'autonomie et l'utilisation des compétences. Une latitude décisionnelle importante est considérée comme un facteur protecteur du *job strain*.

Dans une étude sur les médecins généralistes des Pays de la Loire (38), la plupart des médecins généralistes considèrent que *«leur métier leur permet de prendre de nombreuses décisions seuls»*.

Cependant, dans cette même étude, moins nombreux sont ceux qui estiment pouvoir travailler comme ils l'entendent et la moitié des praticiens disent *«devoir faire des choses dans leur travail qui devraient être faites autrement»*.

Il est important de rappeler ici que l'indépendance professionnelle est l'une des principales motivations à l'installation des nouveaux médecins généralistes (40).

Par ailleurs, les omnipraticiens semblent parfois déplorer une mauvaise utilisation de leurs compétences (38,65). Ceci peut leur être préjudiciable puisque certains *«estiment ne pas avoir les capacités pour réaliser de façon satisfaisante les tâches qui leur sont confiées»* (137).

La demande psychologique

Nombreuses sont les études qui prêtent au métier de médecin généraliste une forte demande psychologique (3,38,65,133). Celle-ci est la résultante de plusieurs facteurs :

- Une charge de travail quantitativement élevée avec, souvent plus de 50 heures travaillées par semaine (2,3,65). Goehring et son équipe insistent dans une étude suisse sur le poids de cette surcharge en montrant qu'elle est associée à un risque important de burn out (147). Ce point est cependant à nuancer. En effet, en admettant que l'accroissement du volume horaire de travail majore le risque d'épuisement professionnel, il faut également considérer qu'il amplifie l'accomplissement personnel (3,39,65). Cet effet modère l'impact de la charge de travail sur la demande psychologique.
- La nécessité d'une concentration intense au travail. Dans l'étude réalisée en 2008 chez les médecins généralistes ligériens, 89% d'entre eux estiment que *«leur travail exige une concentration intense et continue»* (38).
- Une charge émotionnelle forte découlant directement de la relation médecin/patient avec d'inévitables chocs émotionnels (décès, annonces de maladies graves, contact avec la souffrance) mais aussi la confrontation à l'exigence, au mécontentement des patients (65). Ainsi, 53% des médecins généralistes des Pays de la Loire estiment que *«certains patients ont des demandes excessives»* et 25% ressentent un manque de respect de la part de certains patients (38). Cette charge émotionnelle est d'ailleurs commune aux professions de santé (76).

- Une responsabilité accrue, évoquée par Edwards et son équipe (148), qui est favorisée par l'émergence d'une prise de conscience nouvelle à savoir que le médecin est garant de la santé des patients mais également du bon fonctionnement du système de soins. Il est ainsi tiraillé entre des objectifs de soins et d'économie qu'il est parfois difficile de concilier.

La combinaison de ces facteurs semble être à l'origine d'une forte demande psychologique chez les médecins généralistes.

Le soutien social

Perçu comme un facteur protecteur du *job strain*, il est difficile à évaluer chez les médecins généralistes tant les modes de fonctionnement relationnel sont différents d'un professionnel à l'autre. Parmi les médecins ligériens, 61% disent pouvoir compter sur leurs confrères pour une aide pratique et 42% pour un soutien moral, affectif. Ce soutien est, davantage exprimé par les médecins femmes et ceux travaillant en groupe.

La grande consultation, enquête menée par l'ordre national des médecins en 2015 (149) montre que parmi les médecins interrogés, seuls 38% sont satisfaits de la coopération professionnelle établie avec leurs confrères.

Sur le plan familial, et bien que nombre de médecins se plaignent de ne pouvoir consacrer assez de temps à leur vie domestique, ils sont majoritaires à se dire soutenus par leur famille. Cependant, Dusmesnil pondère cette constatation en rapportant que le fait de vivre en couple n'est pas nécessairement associé à un fort accomplissement personnel. En outre, le soutien social ne semble pas protéger de l'épuisement professionnel (65).

(b) Modèle de Siegrist

Le modèle de Siegrist est fondé sur l'idée que la réciprocité des échanges est un principe fondamental des interactions interpersonnelles. Ainsi, il prône qu'un déséquilibre entre les efforts fournis au travail et les récompenses obtenues en conséquence est source de stress. Si ce déséquilibre est maintenu trop longtemps, le stress devient chronique et responsable des troubles évoqués ci-dessus. La littérature apporte quelques éléments qui permettent de penser que les médecins généralistes peuvent souffrir d'un tel déséquilibre. Une étude anglo-saxonne, notamment, parle de «*faux contrat*» pour désigner une discordance entre ce que les médecins pouvaient attendre de l'exercice de leur métier lorsqu'ils s'y sont engagés et la réalité effective (148). Les médecins souffriraient d'un manque de «*réciprocité sociale*». Aux termes de longues études, ils pourraient s'attendre à recevoir une rémunération raisonnable, de la déférence et du respect et à bénéficier d'une certaine autonomie. Ces attentes semblent parfois déçues. Dans le même ordre d'idée, les résultats de la grande consultation concernant 27 464 médecins (149), montrent que en notant de 0 à 10 si le métier correspond à leurs attentes initiales, la note globale obtenue est de 6,3.

D'autres études soulignent le malaise de certains médecins face à une relation médecin-patient qui leur semble inégale. Ainsi, dans un communiqué de 2010 (150), l'Union Régionale des médecins libéraux de Bourgogne affirme que «*les médecins peuvent percevoir qu'ils mettent beaucoup d'énergie dans la relation avec leurs patients sans aucun effort en retour*». Ce malaise dans la relation médecin-patient est souvent montré du doigt.

Ces deux modèles donnent un aperçu des risques auxquels peuvent être soumis les médecins généralistes. Cependant, l'étude de ces risques ne peut se cantonner à ces modèles traditionnels. La médecine générale libérale, du fait de son exercice indépendant et des caractéristiques qui lui sont propres est pourvoyeuse de risques spécifiques que nous allons aborder.

(2) Spécificités en médecine générale libérale

Les risques psychosociaux ne peuvent pas être traités strictement de la même manière chez les indépendants et les non-salariés, nous l'avons vu. Aussi, il convient chez les médecins généralistes, d'identifier quels peuvent être les risques propres à la profession. Pour ce faire, nous reprendrons les risques spécifiques aux indépendants identifiés par le collège d'expertise. Pour chacun d'eux, nous nous interrogerons sur leur pertinence en médecine générale.

L'intensité du travail est au premier plan en médecine générale. De nombreuses études en attestent (2,3,42,55,65,137). Cette intensité du travail prend deux aspects : d'une part, les amplitudes horaires importantes, et d'autre part, la nécessité de garder une concentration intense pendant ces heures de travail. Cette notion rejoint celle de la demande psychologique de Karasek.

Cette intensité du travail est parfois mal vécue par les généralistes et nombreux sont ceux qui aimeraient travailler moins (2). Ils sont une grande majorité à estimer que *«leur travail exige d'eux une concentration intense et continue»* (38).

L'imbrication entre vie familiale et vie professionnelle est également à prendre en compte en médecine générale. Les médecins se plaignent régulièrement de ne pas parvenir à accorder ces deux dimensions de leur quotidien (28,38,40). Deux éléments tempèrent cette remarque. Tout d'abord, la féminisation de la profession tend à modérer ce problème puisque les femmes médecins acceptent moins volontiers ce sacrifice de la vie familiale. Par ailleurs, et de manière plus générale, nous retrouvons ce phénomène avec les jeunes générations de médecins qui cherchent à s'assurer un équilibre entre vie professionnelle et vie familiale (26,28). Cela se traduit, nous l'avons déjà abordé, par une réorganisation du temps de travail.

La solitude du médecin généraliste est un phénomène étudié dans la littérature (35). Ce sentiment est fortement incriminé lorsqu'il s'agit de cessation d'activité. Les médecins généralistes déplorent un manque d'entre-aide entre confrères, ou, tout au moins, un manque de temps pour le faire. Plus qu'un manque d'entre-aide, certaines études montrent l'existence d'une certaine rivalité entre médecins généralistes. Anne Vega souligne celle-ci en pointant les rivalités financières, territoriales ou de pratique qui existent entre les différents praticiens (36). D'après elle, le mode d'exercice de la médecine générale en France répond à une forme de logique commerciale qui ne peut s'affranchir en l'état de certaines rivalités entre confrères.

Il faut noter que cette dimension de la solitude recoupe celle de l'intensité du travail. Un médecin isolé est davantage sollicité pour participer à la permanence des soins et possède moins de latitude pour organiser son temps de travail (60).

Le souci de l'insécurité économique ne semble pas toucher les médecins généralistes. Bien qu'ils apparaissent en queue de peloton des revenus parmi les médecins libéraux (151,152), le salaire et le risque économique ne semblent pas être les premiers soucis des généralistes (35,36).

Du reste, la rémunération des médecins libéraux n'apparaît pas comme un facteur de motivation ou de frein à l'installation des jeunes médecins (40). Ceci s'explique par plusieurs points. Tout d'abord, compte tenu de la baisse de la densité médicale, le médecin ne connaît pas l'insécurité de l'emploi. Un étudiant qui réussit sa première année de médecine est aujourd'hui assuré de trouver un emploi à la fin de ses études. Bien sûr, la concurrence sera plus ou moins rude suivant la spécialité, le lieu d'installation choisi, dépendant de la densité médicale locale. En deuxième lieu, le revenu des médecins généralistes a connu, ces dernières années, une revalorisation supérieure à l'inflation (153). Cette revalorisation ne positionne cependant pas les médecins généralistes au niveau de leurs confrères spécialistes, suscitant une forte revendication syndicale.

Mais, même si le salaire n'est pas considéré comme un souci ou un frein à l'installation, seulement 36% des médecins généralistes sont satisfaits de leur niveau de rémunération (149). Ceci était déjà évoqué par Barlet et son équipe en 2011 (154).

Peu d'études se sont attachées à évaluer le ressenti des médecins généralistes face au souci de transmission de leur patientèle et de leur cabinet. Pourtant, la démographie médicale n'est pas favorable à cette transmission. Les jeunes médecins généralistes ont tendance à privilégier un projet et une qualité de vie les incitant à s'installer en zone urbaine ou péri-urbaine plutôt qu'en zone rurale. Les médecins travaillant en zone rurale peinent à trouver des successeurs (13). Cette difficulté s'associe à la problématique des déserts médicaux.

La moindre proximité des règles de sécurité est un facteur de risque qui ne semble pas concerner les médecins généralistes. En effet, le métier de médecin généraliste libéral ne semble pas particulièrement risqué dans la pratique quotidienne. Ce risque, bien compréhensible lorsque le professionnel indépendant travaille avec des équipements potentiellement dangereux, ne paraît ici pas pertinent. La plupart du temps, le médecin généraliste ne s'expose pas à des risques somatiques immédiats.

Il faut, par contre, évoquer le risque médico-légal qui semble toucher de plus en plus de médecins (38). Il est le résultat d'une évolution sociétale où le médecin tombe de son piédestal : il devient failible. A contrario, le patient n'est plus passif face au médecin. Il est en droit d'exiger d'être « bien soigné ». Cette idée du « bien soigné » est délicate puisqu'elle n'est pas nécessairement la même pour le médecin et son patient. Ceci explique que certaines plaintes puissent être jugées excessives par les médecins et pourquoi ceux-ci se sentent plus menacés aujourd'hui qu'auparavant.

Un autre point est à souligner car particulièrement d'actualité : les médecins généralistes semblent pessimistes quand à l'avenir de la profession. Goehring et son équipe évoquaient déjà cela en 2005 chez les médecins suisses (147). En France, avec le projet de loi porté par la ministre de la santé, ce sentiment est fortement ressenti. Dans la grande consultation de 2015 (149), 58% des médecins généralistes interrogés se disent pessimistes quand à l'avenir de la profession et 93% des médecins interrogés « *estiment insatisfaisant le pilotage de la santé par les pouvoirs publics* ». Ce pessimisme est inquiétant car il est source d'inconfort et d'inquiétude lorsqu'il s'agit d'envisager son avenir professionnel.

Les relations avec les autorités de santé et particulièrement la sécurité sociale sont également évoquées dans la littérature comme source de stress ou de mécontentement des médecins généralistes. Deux études pointent du doigt des relations difficiles avec ces autorités comme facteur de risque d'épuisement professionnel (3,140). Par ailleurs, en 2015, plus de la moitié des médecins s'estime insatisfaite des relations professionnelles qu'ils entretiennent avec les pouvoirs publiques, la sécurité sociale et les agences régionales de santé (149).

La quantité des charges administratives est également souvent citée par les médecins généralistes comme source d'insatisfaction au travail (3,38,39,42). Ce risque psychosocial peut être rapproché du champ de la mauvaise utilisation des compétences et donc de la latitude décisionnelle de Karasek. En effet, ces charges administratives sont souvent vécues comme impropres au métier de médecin. Par ailleurs certains praticiens se sentent démunis face à cette « paperasse » car insuffisamment formés ou informés pour y répondre de manière satisfaisante. Elle est source de frustration.

Enfin, et même si nous en avons déjà parlé en abordant la demande psychologique de Karasek, il faut souligner le poids de la relation médecin-malade. Cette relation, est absolument nécessaire à l'exercice de la médecine. Pour qu'il y ait acte de médecine, il faut bien qu'un patient rapporte une plainte à un médecin et que celui-ci y réponde ou tente d'y répondre. De cette démarche initiale, va découler un processus relationnel qui sera amené à se poursuivre ou pas. La médecine générale se caractérise souvent par une installation de la relation dans la durée. Les interactions entre le médecin et le patient vont donc se multiplier. De ces interactions, vont naître des attentes (d'un côté comme de l'autre) qui, si elles ne trouvent pas de réponse, pourront entraîner de la frustration, de la colère,...

Ainsi, nombres d'études soulignent les difficultés relationnelles qu'ont certains médecins généralistes avec leurs patients (3,38,65,140,150). Les médecins déplorent l'exigence des patients, leurs demandes irréalistes mais également, souffrent de la remise en cause de leurs compétences. Certains sont même victimes de violences, verbales ou physiques.

Malgré ces constats, et selon la grande consultation de l'ordre des médecins, 88% des médecins interrogés sont satisfaits des relations qu'ils entretiennent avec leurs patients (149). Si l'on se place du côté patient, ils sont 97% à être satisfaits de la relation qu'ils entretiennent avec leur médecin traitant.

Au total, si les modèles traditionnels permettant l'étude des risques psychosociaux peuvent être partiellement adaptés à l'étude de ces risques en médecine générale, ils semblent insuffisants pour intégrer tous ceux inhérents à la profession. La médecine générale connaît ses risques spécifiques qu'il semble licite et utile de répertorier.

PROBLÉMATIQUE ET OBJECTIF

La médecine générale libérale doit actuellement faire face à une crise de l'offre et de la demande en soins primaires. Les tenants de cette problématique ont été largement détaillés dans les chapitres précédents.

En parallèle, nous assistons à une évolution de la relation médecin-malade. Celle-ci découle aussi bien d'un repositionnement du patient que de celui du médecin.

Le patient ne se pose plus systématiquement en « patient » qui viendrait chercher la bonne parole ou les bons soins de son médecin. Il est critique, souvent fort de certaines connaissances et parfois exigeant, jusqu'à rentrer dans un système proche de celui de la consommation.

Dans le même temps, les jeunes générations de médecins généralistes libéraux, en partie portées par une féminisation rapide de la spécialité, s'écartent des pratiques de leurs aînés. La médecine générale n'est plus envisagée comme un sacerdoce exclusif mais bien comme un métier avec lequel vie personnelle et projets de vie doivent être conciliés. Si la réponse à ce souhait ne s'exprime pas par une réduction systématique du temps de travail, elle passe largement par une régulation de ce temps. En libéral, la régulation du temps de travail s'opère par l'élaboration de stratégies organisationnelles qui vont permettre au praticien de s'aménager des plages de temps libre, parfois au prix d'une densification des temps de travail.

L'étude des risques psychosociaux s'inscrit dans une volonté d'évaluer chez un travailleur les contraintes psychologiques, sociales et relationnelles dérivées de l'organisation du travail. Ces contraintes, si elles sont trop importantes, peuvent être à l'origine de troubles de la santé physique et mentale.

Différents modèles d'évaluation ont largement été étudiés et validés chez les travailleurs salariés, avec notamment, les modèles de Karasek et de Siegrist. Cependant, l'étude des risques psychosociaux reste marginale chez les travailleurs indépendants.

Face à la recrudescence de cas d'épuisement professionnel mais également de suicides chez les médecins généralistes, il semble intéressant, voire nécessaire, d'étudier les risques psychosociaux auxquels sont soumis ces professionnels. Ceci semble d'autant plus indiqué que les médecins généralistes libéraux sont actuellement dans une dynamique de remise en question de leur manière de travailler. Ils doivent élaborer des stratégies organisationnelles leur permettant à la fois de garantir une offre de soins suffisante, une qualité des soins, un bon développement de la relation médecin-malade mais également de réaliser un projet de vie.

L'objet de cette étude sera donc d'identifier chez les médecins généralistes libéraux les risques psychosociaux prépondérants et ayant les répercussions les plus importantes.

MATÉRIELS ET MÉTHODES

A. TYPE D'ÉTUDE

Il s'agit d'une étude qualitative descriptive et exploratrice.

La recherche qualitative est une méthode principalement basée sur l'observation et sur l'écoute, mettant en valeur et décrivant le discours mais aussi les attitudes (expression non verbale) des personnes interrogées ou observées. Les techniques de recherche qualitative ont surtout été développées en sciences humaines, notamment en ethnographie, ou en sociologie, pour décrire au plus près des modes de vie, des comportements, et expliquer sur quoi ils reposent. Elles laissent libre parole aux sujets interrogés ou observés. L'enquêteur doit s'efforcer d'intervenir au minimum pour ne pas influencer les données recueillies.

Cette démarche qualitative s'effectue au travers d'entretiens. Ces derniers s'opposent aux questionnaires car leur but est la production d'un discours linéaire sur un thème donné en s'abstenant de poser des questions préconçues. L'entretien est « un *fait de parole* » (156) qui cherche à obtenir une information biographique de la personne interviewée.

Nous avons utilisé cette méthode qualitative, car les risques psychosociaux chez les médecins généralistes libéraux ont été peu étudiés. La bibliographie sur le sujet est rare. Le « panel 1 » ou « panel cinq régions » a abordé ce thème. Il a été réalisé sur la période 2007-2009 avec le concours de la DREES, la Fédération nationale des Observatoires Régionaux de Santé (FNORS), les ORS, Union régionale des médecins libéraux (URML) et Unions régionales des Caisses d'assurance maladie (URCAM) de cinq régions partenaires (Provence-Alpes-Côte-d'Azur, Bourgogne, Pays-de-le-Loire, Bretagne et Basse-Normandie). Dans sa quatrième vague d'enquêtes, (octobre-décembre 2008) il est consacré essentiellement à l'état de santé des généralistes, surtout leur santé mentale, avec des questions sur la perception de leur état de santé général, mais aussi des questions relatives à leur état de stress et d'épuisement professionnel (burn out) et à leurs conditions de travail. Certaines des études qui en découlent s'intéressent directement ou indirectement aux risques psychosociaux chez les médecins généralistes libéraux (38,133). Dans la littérature internationale, quelques études ont paru sur ce thème mais elles restent peu nombreuses (135,147).

Bien sûr, les risques psychosociaux ont été très étudiés chez les salariés, nous n'y reviendrons pas. Cependant, les travaux de l'Inserm et du collège d'expertise montrent que l'étude des risques psychosociaux chez les salariés ne peut être strictement superposable aux indépendants (76,131). Chez eux, il existe des risques spécifiques qu'il faudra savoir envisager et prendre en compte dans l'étude globale des risques psychosociaux. Par ailleurs, considérant les modèles traditionnels d'études, il semble que leur validité, acquise au fil des études réalisées chez des salariés, ne puisse être étendue aux indépendants. Concernant le modèle de Karasek, par exemple, une plus grande latitude décisionnelle est attendue chez les non-salariés que chez les salariés. Ceci s'explique par la nature même de l'indépendant.

Face à ces constats, l'étude qualitative nous a semblé pertinente pour identifier les différents risques psychosociaux auxquels peuvent être soumis les médecins généralistes installés. Si certains de ces risques sont attendus au vue de la littérature, ce n'est pas le cas de tous, et notamment les risques spécifiques liés à l'exercice de la médecine générale. Aussi nous ne voulions pas influencer les médecins interrogés par un questionnaire pour ne pas réduire le champ d'investigation. Le mode de recueil de données par entretien nous a donc paru plus intéressant puisque plus ouvert et contenant « une possibilité permanente de déplacement du questionnement » (155).

Le Professeur Roger Salamon (épidémiologiste) a par ailleurs été consulté avant la conception de cette étude. Il a lui-même suggéré la possibilité de réaliser une enquête qualitative au sein d'un échantillon choisi.

B. POPULATION ÉTUDIÉE

La population cible de cette étude était la population des médecins généralistes libéraux et ou en activité mixte de Gironde. Cela représentait 1620 professionnels au premier janvier 2015 (23).

Pour des raisons que nous comprenons bien, il n'était pas possible d'interroger la totalité de ces praticiens.

En pratique, le but est de collecter un nombre maximum de données sur les risques psychosociaux chez les médecins généralistes libéraux. Le parti a été pris de poursuivre les entretiens jusqu'à saturation des données. En effet, lorsque les informations apparaissent redondantes, l'intérêt de poursuivre les entretiens est limité puisque n'apportant plus rien de nouveau.

La réalisation de l'échantillon a cependant obéi à certaines règles que nous avons préétablies.

Pour obtenir une diversité intéressante des médecins interrogés, nous avons déterminé par avance que nous interrogerions autant de médecins exerçant seuls, en groupe de deux ou trois, ou en groupe de plus de trois. Le but était de prendre en compte différents modes d'organisations pour ne pas méconnaître des facteurs de risque inhérents à cette organisation.

Le choix de cette variable n'est pas anodin. Nous avons vu précédemment que du regroupement des médecins, découle une mutualisation des moyens et du temps de travail susceptible d'être pourvoyeuse de différences organisationnelles notables comparées à l'absence de cette mutualisation chez les médecins exerçant seuls (67).

En pratique, nous avons arrêté les entretiens avant de parvenir à cette égalité, arrivant à saturation des données.

Par ailleurs, pour chacun de ces sous-groupes, nous avons décidé d'interroger autant d'hommes que de femmes. Là aussi, il nous semblait important qu'il existe une parité dans notre échantillon et ce, pour plusieurs raisons. Tout d'abord, les femmes représentent actuellement 45% des médecins généralistes installées. Ce chiffre est vérifié en Gironde (23). Elles seront près de 54% en 2030 (1). De plus, il semble que la féminisation de la profession soit l'un des moteurs de la mutation sociologique dont nous avons déjà parlée (26). Dès lors, il nous paraissait primordial que les femmes aient toute leur place dans cette étude.

C. QUESTIONNAIRE QUANTITATIF

Avant chaque entretien, le médecin interrogé devait remplir un questionnaire quantitatif (Annexe 1) comportant 20 questions. Ces questions étaient réparties en 4 thèmes :

- Etat civil
- Organisation du cabinet
- Emploi du temps
- Activité professionnelle

La durée moyenne pour remplir ce questionnaire était de 1 à 2 minutes.

Ce questionnaire avait plusieurs buts. Il a permis, lors de l'analyse des données, de connaître le contexte biographique dans lequel les informations étaient produites. Cela nous a aidé à relier et classer certaines des thématiques envisagées en fonction des variables du questionnaire.

Le questionnaire étant rempli devant l'enquêteur. Dès lors, il était un moyen rapide pour celui-ci d'obtenir un certain nombre d'informations sur l'interviewé. Ces informations étaient souvent nécessaires au bon déroulement de l'entretien, soit parce qu'elles permettaient à l'enquêteur de savoir dans quel contexte les informations étaient fournies, soit parce qu'elles lui permettaient de mieux orienter l'entretien.

Le questionnaire a été bâti à partir des données de la littérature. Les items abordés sont fréquemment cités dans les études se référant à l'organisation du travail des médecins généralistes ainsi qu'à leur emploi du temps. Ils ont été évoqués dans la partie « L'organisation du cabinet » de ce travail. Ces notions, nous l'avons vu, sont primordiales lorsqu'il s'agit d'analyser les risques psychosociaux au travail.

Les modes organisationnels des cabinets médicaux étant très nombreux, les items sélectionnés ont fait l'objet d'un tri. Les éléments de l'organisation retenus sont ceux qui reviennent le plus fréquemment dans la littérature et qui sont le plus facilement quantifiables.

De même, les questions portant sur l'emploi du temps ont été pensées de manière à ce que les réponses puissent être facilement quantifiables. Ainsi, la durée de travail hebdomadaire est évaluée en demi-journées plutôt qu'en heures.

Le but était d'obtenir des informations concises et précises sur les médecins interrogés.

Il convient de préciser que ce questionnaire n'est pas prévu pour une analyse statistique.

D. MODE DE RECRUTEMENT

Le recrutement des médecins constituant l'échantillon s'est fait par accès direct. Les médecins ont été contactés soit par téléphone soit lors d'une rencontre en face en face. Cette première prise de contact fut l'occasion d'une explication du travail entrepris et des modalités de déroulement de l'entretien. Les personnes contactées avaient bien sûr le choix d'accepter ou de refuser d'y participer. Pour celles qui ont accepté de participer à l'étude, un rendez-vous a alors été pris. Le choix du lieu de l'entretien a été laissé à l'interviewé.

Les médecins interrogés ont été choisis soit parce qu'ils étaient connus du thésard ou de son directeur, soit au hasard dans les pages jaunes, en fonction cependant des critères cités ci-dessus. Ces critères étaient systématiquement abordés lors du premier contact et les médecins triés en conséquence.

Nous avons arrêté le recrutement et les entretiens lorsqu'il nous a semblé arriver à saturation des données.

E. CONSTITUTION DU PLAN D'ENTRETIEN

Le plan d'entretien comprend l'ensemble organisé des thèmes à aborder et les stratégies d'intervention que l'enquêteur mettra en place pour orienter le discours de l'interviewé vers ces thèmes ou pour faire préciser certains points. Il est l'interface entre la formulation théorique de l'hypothèse envisagée et sa conceptualisation pratique.

1. Le guide d'entretien

Il correspond au listing des thèmes qui devront être abordés durant l'entretien. Ces thèmes sont choisis à partir de la littérature et déterminés pour apporter des informations sur la question de recherche. Il débute par une consigne qui sera énoncée à chaque interviewé et qui sera le point de départ de chaque entretien.

Nous avons opté pour un guide d'entretien peu structuré dans lequel aucune question directe n'était pré-établie en-dehors de la consigne initiale. Cela permet d'obtenir un entretien qui soit le plus exploratoire possible en évitant de limiter le récit aux bornes de questions fermées. Ce type de guide, peu structuré, a été choisi car, la littérature étant peu fournie sur le sujet, il nous a semblé primordial de récolter le plus d'informations possible.

Il faut préciser que le guide d'entretien n'était pas figé. Chaque entretien fut l'occasion de le réinterroger et éventuellement d'y ajouter un nouvel axe thématique ou de préciser des thèmes déjà pensés. Si un médecin abordait un thème que nous n'avions pas envisagé au préalable, et si celui-ci semblait en rapport avec la question de recherche, nous l'ajoutions au guide. De la même manière, lorsqu'un thème déjà envisagé était abordé de manière originale avec la mise en lumière de nouveaux points, nous retournions au guide d'entretien pour le préciser.

Les thèmes initiaux ont été choisis à partir des données de la littérature. La sélection a obéi à une double volonté d'interroger les facteurs de risques généraux pouvant se retrouver chez les salariés et les indépendants et les facteurs de risques spécifiques à la médecine générale.

Ces derniers, listés dans le chapitre intitulé « Spécificités en médecine générale libérale », ont été sélectionnés en fonction de leur pertinence et de leur impact potentiel sur le stress des médecins généralistes. Ainsi, les thèmes initialement retenus étaient :

- L'intensité du travail
- L'imbrication entre vie professionnelle et vie privée
- Les relations avec les autorités de santé
- Les charges administratives
- Le poids de la relation médecin-malade avec les notions d'exigence et de risque médico-légal

Les facteurs de risques plus généraux ont été inspirés des modèles de Karasek et Siegrist. Les thèmes retenus étaient :

- La charge de travail
- Le soutien social
- La satisfaction

Ces thèmes ont été étoffés au fil des entretiens et d'autres thèmes ont émergés :

- La rémunération
- L'inquiétude quant à l'avenir de la profession

Ces différents sujets ont été organisés en thèmes et sous-thèmes dans le plan d'entretien. Le but était de tous les aborder. Les médecins étaient aiguillés vers les différents sujets par des stratégies d'intervention.

2. Les stratégies d'intervention

Le type d'intervention utilisé est particulièrement important dans ce type d'enquête. En effet, des interventions intempestives ou trop directives peuvent conduire à limiter le discours de l'interviewé et ainsi à appauvrir l'entretien. De même, l'usage d'un discours inadapté à la population étudiée peut induire des entretiens peu productifs.

Le type de discours n'était pas ici sujet à débat puisque, a priori, l'enquêteur appartenait à la même catégorie socioprofessionnelle que les personnes interrogées. Nous pouvons nous attendre, dans ce

cas, à ce que le type de discours employé par l'un ou l'autre des partis ne pose pas de problème au parti lui faisant face.

Le mode de relance, par contre, était d'une grande importance. En effet, les relances visent à favoriser la production d'un discours linéaire et structuré. Si celle-ci sont de mauvaises qualités, elles peuvent limiter l'élaboration du récit ou en casser la linéarité. Classiquement, trois techniques sont à la disposition de l'interviewer (155) :

- La contradiction, qui contraint l'interviewer à argumenter sa prise de position. Ceci peut être intéressant lorsque des précisions sont souhaitées sur un sujet. Il peut cependant en découler une certaine radicalisation des opinions sur laquelle il faudra être vigilant. Par ailleurs, ce type d'intervention conduit l'enquêteur à quitter son statut de neutralité.
- Les consignes donnent à l'interviewer le contexte thématique. Tout entretien débute par une consigne. Elles introduisent de nouveaux thèmes. Cependant, leur multiplication conduit à une structuration plus importante de l'entretien. Cette dernière empêche la production linéaire du discours et retient parfois la prodigalité de la personne interrogée. Il faut donc savoir les utiliser avec parcimonie.
- Les relances s'inscrivent dans la thématique en cours de développement. Elles consistent en une reformulation plus ou moins déductive et fidèle de ce qui est dit par l'interviewer. Outre le fait de montrer aux personnes interrogées qu'elles sont écoutées, elles peuvent induire un éventail de réactions allant de l'apport de simples précisions sur ce qui est dit jusqu'à des modifications d'opinion.

Ces modes de relances ont été alternativement utilisés par l'enquêteur. L'objectif était d'obtenir un discours le plus délié possible en rapport avec la question de recherche initiale.

Les plans d'entretiens initial et final sont en annexes 2 et 3.

F. ANALYSE DES ENTRETIENS

« *Après avoir fait parlé l'interviewé, l'enquêteur fait parler le texte par l'analyse des discours* » (155). L'entretien ne parle pas de lui-même. Il est un ensemble de données brutes qui nécessitent d'être extraites, organisées pour parvenir aux résultats de recherche. L'analyse doit porter sur la totalité des entretiens. C'est-à-dire que l'intégralité du corpus doit être interrogée, chaque entretien pouvant servir de point de comparaison lors de l'analyse d'un autre entretien.

La méthode d'analyse choisie ici est l'analyse thématique. Elle est une découpe transversale du corpus en fonction de thèmes définis et hiérarchisés dans une grille d'analyse. Ceci permet une mise en relief de représentations au sein d'une population choisie. C'est bien là ce qui nous intéresse.

La grille d'analyse (annexe 4) a été bâtie dans l'objectif de répondre à la question de recherche. Les thèmes et sous-thèmes y figurant sont en rapport avec les risques psychosociaux auxquels peuvent être soumis les médecins généralistes installés. Ils comportent les risques pressentis ou mis en exergue dans la littérature (énoncés dans la première partie) et ceux auxquels nous n'avions pas pensé avant leur mise en lumière au cours des différents entretiens. La construction de cette grille s'est donc faite après le recueil de l'intégralité des données. Ces thèmes sont ceux déjà présents dans le plan d'entretien. Cependant, alors que ce dernier est un outil d'exploration, la grille d'analyse est un outil explicatif. Les thèmes et sous-thèmes y sont plus hiérarchisés, organisés et répondant à une logique de recherche. Le but étant l'extraction d'informations précises au sein de discours plus ou moins linéaires.

Une fois la grille construite, nous avons découpé et classé les énoncés correspondant dans les rubriques *ad hoc*.

RÉSULTATS

A. CARACTÉRISTIQUES DE L'ÉCHANTILLON

Nous avons interrogé 16 médecins généralistes libéraux pour cette étude. Ceux-ci ont été numérotés de 1 à 16 afin de préserver l'anonymat. Comme nous l'avons dit dans le chapitre précédent, nous avons fait le choix d'interviewer autant d'hommes que de femmes, soit 8 hommes et 8 femmes. Les données qui suivent sont issues des réponses fournies au questionnaire quantitatif.

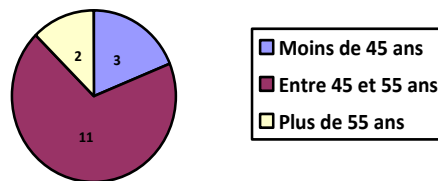
1. Etat Civil

a) Âge

L'âge des interviewés est réparti comme suit :

- 3 médecins de moins de 45 ans ;
- 11 médecins entre 45 et 55 ans ;
- 2 médecins de plus de 55 ans.

Figure 8 : Répartition des médecins interrogés en fonction de l'âge

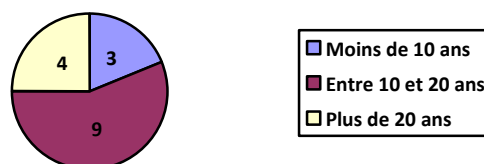


b) Temps d'installation

Les durées d'installation dans le cabinet actuel (au moment de l'entretien) varient comme suit :

- 3 médecins installés depuis moins de 10 ans ;
- 9 médecins installés depuis 10 à 20 ans ;
- 4 médecins installés depuis plus de 20 ans.

Figure 9 : Temps d'installation dans le cabinet actuel



Le tableau suivant récapitule les données de l'état civil de l'échantillon.

Tableau 3 : Données concernant l'état civil de l'échantillon

	Sexe	Âge	Temps d'installation
1	Homme	Moins de 45 ans	Entre 10 et 20 ans
2	Homme	Moins de 45 ans	Moins de 10 ans
3	Homme	Plus de 55 ans	Plus de 20 ans
4	Femme	Entre 45 et 55 ans	Entre 10 et 20 ans
5	Homme	Entre 45 et 55 ans	Plus de 20 ans
6	Femme	Entre 45 et 55 ans	Entre 10 et 20 ans
7	Femme	Entre 45 et 55 ans	Entre 10 et 20 ans
8	Femme	Entre 45 et 55 ans	Entre 10 et 20 ans
9	Homme	Entre 45 et 55 ans	Entre 10 et 20 ans
10	Homme	Entre 45 et 55 ans	Entre 10 et 20 ans
11	Femme	Plus de 55 ans	Plus de 20 ans
12	Homme	Entre 45 et 55 ans	Plus de 20 ans
13	Femme	Entre 45 et 55 ans	Moins de 10 ans
14	Femme	Entre 45 et 55 ans	Entre 10 et 20 ans
15	Homme	Entre 45 et 55 ans	Moins de 10 ans
16	Femme	Moins de 45 ans	Moins de 10 ans

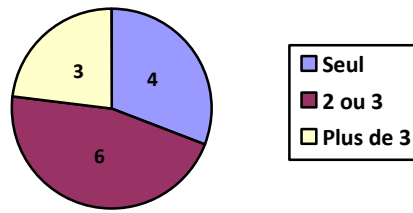
2. Organisation du cabinet

a) Mode d'installation

Parmi les médecins interrogés :

- 4 sont installés seuls ;
- 6 sont dans des cabinets de 2 ou 3 médecins ;
- 6 sont dans des cabinets où le nombre de médecins est supérieur à 3.

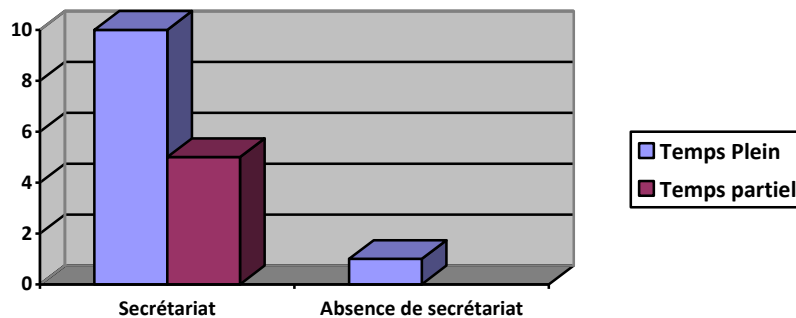
Figure 10 : Mode d'installation



b) Secrétariat

Un secrétariat est présent pour 15 des 16 médecins interrogés. Il est utilisé à temps plein dans 2 cas sur 3. On notera que lorsque les médecins sont installés dans des cabinets de groupe de plus de 3 médecins, ils emploient systématiquement un secrétariat à temps plein.

Figure 11 : Répartition des secrétariats



c) Comptable

Un comptable intervient pour 13 des 16 médecins interrogés. Parmi les trois médecins n'ayant pas recours à un comptable, deux exercent seuls. Le troisième travaille dans un cabinet de 2 ou 3 médecins.

d) Informatique

Tous les médecins interrogés utilisent un logiciel informatique.

e) Cadre juridique

L'utilisation d'un cadre juridique entourant l'exercice au sein du cabinet médical n'est pas systématique. Sur les 16 médecins interrogés, 9 exercent dans le cadre d'une société. A chaque fois, il s'agit d'une société civile de moyens (SCM). Là aussi, tous les médecins installés en groupe de plus de 3 médecins ont recours à des SCM.

Le tableau suivant récapitule les données de l'échantillon concernant l'organisation du cabinet.

Tableau 4 : Données concernant l'organisation des cabinets des médecins de l'échantillon

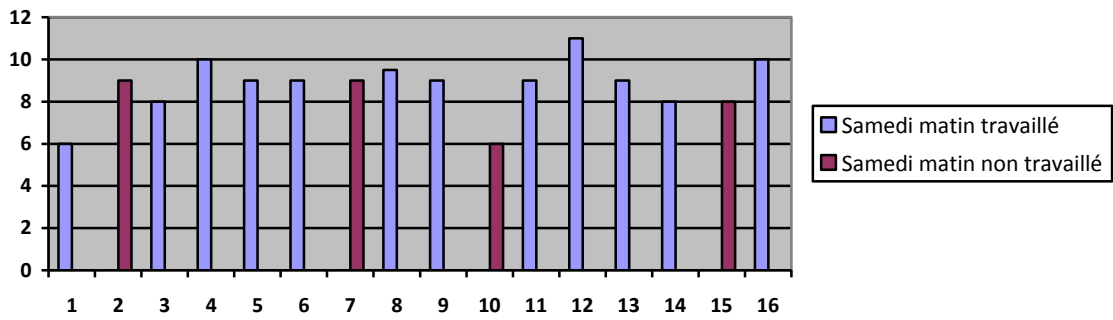
	Mode d'installation	Secrétariat	Comptable	Informatique	Cadre juridique
1	Plus de 3	Temps plein	Oui	Oui	SCM
2	2 ou 3	Temps partiel	Oui	Oui	SCM
3	Plus de 3	Temps plein	Oui	Oui	SCM
4	2 ou 3	Temps plein	Non	Oui	
5	2 ou 3	Temps plein	Oui	Oui	
6	2 ou 3	Temps plein	Oui	Oui	
7	2 ou 3	Temps partiel	Oui	Oui	SCM
8	Plus de 3	Temps plein	Oui	Oui	SCM
9	2 ou 3	Temps plein	Oui	Oui	SCM
10	Plus de 3	Temps plein	Oui	Oui	SCM
11	Seul	Temps partiel	Non	Oui	
12	Seul	Temps partiel	Non	Oui	
13	Plus de 3	Temps plein	Oui	Oui	SCM
14	Plus de 3	Temps plein	Oui	Oui	SCM
15	Seul	Temps partiel	Oui	Oui	
16	Seul	Absence	Oui	Oui	

3. Emploi du temps

a) Nombre de demi-journées travaillées en libéral

Les médecins de l'échantillon travaillent entre 6 et 11 demi-journées par semaine dans leur cabinet. Le samedi matin est une demi-journée travaillée pour la majeure partie. Cependant, quatre d'entre eux ne travaillent pas ce jour là.

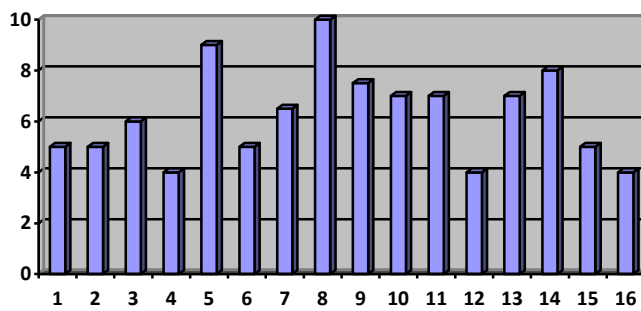
Figure 12 : Nombre de demi-journées travaillées par semaine



b) Nombre moyen de semaines de vacances par année

Le nombre de semaines de vacances pris par les différents praticiens de l'échantillon varie de 4 à 10.

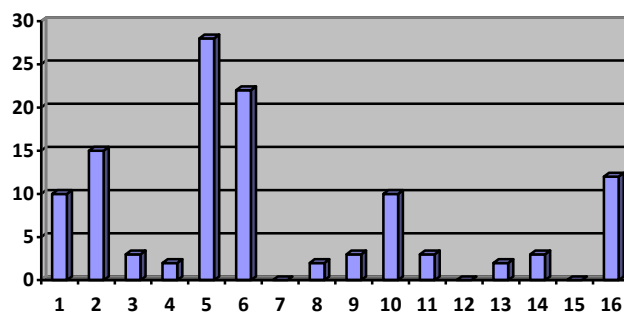
Figure 13 : Nombre annuel moyen de semaines de vacances



c) Permanence des soins

Les médecins interrogés n'effectuent pas tous des gardes. La permanence des soins est assurée par 13 d'entre eux. Le nombre de gardes est très variable d'un médecin à l'autre.

Figure 14 : Nombre annuel moyen de gardes



d) Activité professionnelle annexe

L'échantillon compte deux médecins pratiquant une autre activité professionnelle que celle réalisée dans le cadre de la médecine générale libérale. L'un y consacre 5 demi-journées hebdomadaires l'autre, une demi-journée toutes les deux semaines.

Le tableau suivant récapitule les données de l'emploi du temps de l'échantillon.

Tableau 5 : Données sur l'emploi du temps des médecins de l'échantillon

	Nombre de demi-journées travaillées en libéral	Samedi matin travaillé	Nombre de semaines de vacances annuel moyen	Nombre de gardes annuel moyen	Nombre de demi-journées consacrées à une activité professionnelle annexe
1	6	Oui	5	10	5
2	9	Non	5	15	0,5
3	8	Oui	6	3	0
4	10	Oui	4	2	0
5	9	Oui	9	28	0
6	9	Oui	5	22	0
7	9	Non	6,5	0	0
8	9,5	Oui	10	2	0
9	9	Oui	7,5	3	0
10	6	Non	7	10	0
11	9	Oui	7	3	0
12	11	Oui	4	0	0
13	9	Oui	7	2	0
14	8	Oui	8	3	0
15	10	Non	5	0	0
16	10	Oui	4	12	0

4. Nombre de consultations et de visites sur l'année 2014

L'activité varie d'un médecin à l'autre. Nous avons interrogé les médecins sur leur nombre de consultations et de visites durant l'année 2014. Tous n'ont pas fourni de chiffres.

Tableau 6 : Nombre de consultations et de visites des médecins de l'échantillon sur l'année 2014

	Nombre de consultations sur l'année 2014	Nombre de visites sur l'année 2014
1	5800	1100
2		
3	4200	850
4	3050	650
5	5540	530
6	5700	140
7		
8		
9	6100	400
10	4100	400
11	4000	100
12		
13		
14		
15	6500	500
16	1200	50

Tableau 7 : Tableau récapitulatif des résultats quantitatifs

	Sexe	Âge	Temps d'installation	Mode d'installation	Secrétariat	comptable	Informatique	Cadre juridique	Nombre de demi-journées travaillées en libéral	Samedi matin travaillé	Nombre de semaines de vacances annuel moyen	Nombre de gardes annuel moyen	Nombre de demi-journées consacrées à une activité professionnelle annexe
1	Homme	Moins de 45 ans	Entre 10 et 20 ans	Plus de 3	Temps plein	Oui	Oui	SCM	6	Oui	5	10	5
2	Homme	Moins de 45 ans	Moins de 10 ans	2 ou 3	Temps partiel	Oui	Oui	SCM	9	Non	5	15	0,5
3	Homme	Plus de 55 ans	Plus de 20 ans	Plus de 3	Temps plein	Oui	Oui	SCM	8	Oui	6	3	0
4	Femme	Entre 45 et 55 ans	Entre 10 et 20 ans	2 ou 3	Temps plein	Non	Oui		10	Oui	4	2	0
5	Homme	Entre 45 et 55 ans	Plus de 20 ans	2 ou 3	Temps plein	Oui	Oui		9	Oui	9	28	0
6	Femme	Entre 45 et 55 ans	Entre 10 et 20 ans	2 ou 3	Temps plein	Oui	Oui		9	Oui	5	22	0
7	Femme	Entre 45 et 55 ans	Entre 10 et 20 ans	2 ou 3	Temps partiel	Oui	Oui	SCM	9	Non	6,5	0	0
8	Femme	Entre 45 et 55 ans	Entre 10 et 20 ans	Plus de 3	Temps plein	Oui	Oui	SCM	9,5	Oui	10	2	0
9	Homme	Entre 45 et 55 ans	Entre 10 et 20 ans	2 ou 3	Temps plein	Oui	Oui	SCM	9	Oui	7,5	3	0
10	Homme	Entre 45 et 55 ans	Entre 10 et 20 ans	Plus de 3	Temps plein	Oui	Oui	SCM	6	Non	7	10	0
11	Femme	Plus de 55 ans	Plus de 20 ans	Seul	Temps partiel	Non	Oui		9	Oui	7	3	0
12	Homme	Entre 45 et 55 ans	Plus de 20 ans	Seul	Temps partiel	Non	Oui		11	Oui	4	0	0
13	Femme	Entre 45 et 55 ans	Moins de 10 ans	Plus de 3	Temps plein	Oui	Oui	SCM	9	Oui	7	2	0
14	Femme	Entre 45 et 55 ans	Entre 10 et 20 ans	Plus de 3	Temps plein	Oui	Oui	SCM	8	Oui	8	3	0
15	Homme	Entre 45 et 55 ans	Moins de 10 ans	Seul	Temps partiel	Oui	Oui		10	Non	5	0	0
16	Femme	Moins de 45 ans	Moins de 10 ans	Seul	Absence	Oui	Oui		10	Oui	4	12	0

B. LES FACTEURS DE RISQUES PSYCHOSOCIAUX

Les résultats présentés ici découlent de l'analyse des entretiens. Ils sont la résultante d'une découpe transversale des entretiens et sont donc organisés par thèmes. Certains de ces thèmes avaient déjà été envisagés à la lumière de la littérature. D'autres sont apparus au cours des entretiens et donc intégrés dans la grille d'analyse.

Il s'agit là d'une présentation organisée des risques psychosociaux qui ont pu apparaître dans les discours des médecins interrogés. Elle englobe l'ensemble du corpus d'entretiens obtenus.

Les risques vont apparaître dans un ordre qui, selon les impressions de l'auteur, traduit la prégnance du risque sur les interviewés.

1. La charge de travail

La charge de travail apparaît très nettement comme un poids pour les médecins généralistes interrogés. Souvent qualifiée de très importante ou trop importante, elle est source de stress et parfois, d'épuisement. Cette charge de travail peut être ressentie et déclinée sur plusieurs niveaux. La charge de travail objective (qui se traduit par un volume horaire important), la charge de travail subjective (celle qui est ressentie par le médecin) et la charge psychique (liée aux contraintes émotionnelles du métier) peuvent ainsi se différencier.

a) Charge de travail objective

Cette charge de travail objective revient très fréquemment dans le discours des médecins comme facteur de stress, de fatigue, mais aussi comme étant à l'origine d'une certaine lassitude vis-à-vis du métier.

Médecin 1 : *C'est plutôt de la lassitude avec des amplitudes horaires qui sont trop importantes...*

Médecin 6 : *Et puis je suis fatigué, les journées de 12 heures, quand je sors, je vieillis aussi donc...*

Médecin 7 : *Ouais, les journées de travail, ça peut être dur. C'est pour ça que moi, maintenant les vendredis, j'ai décidé que à midi, j'arrêteraï pour la raison qui est que (hésitation), je suffoque (rires).*

Médecin 8 : *le stress qui augmente, c'est quand ta charge de travail augmente, c'est-à-dire, quand tu commences à avoir une clientèle.*

Médecin 12 : *le surcroît de travail, d'activités purement médicales, peut être un facteur de stress. (...) on est complètement englué. Les horaires, quand je vous parle de demi-journées, c'est jusqu'à 21h, 21h30.*

Au-delà du stress perçu, certains avouent une répercussion de ce volume horaire sur leur santé mentale.

Médecin 7 : *Ouais, des fois, je suis épuisée. Des fois, je rentre le soir, mon mari me dit : « on dirait l'ombre de toi-même » parce que je suis complètement pompée, si tu veux. Moi, je m'en rends pas compte parce que je fais toujours ça avec beaucoup de passion. Moi, c'est la passionnata, mais, n'empêche, il y a des moments où t'es un peu pompé.*

Médecin 12 : *Je devenais un peu fou aussi donc... Avant je travaillais le samedi après-midi aussi. Et puis là, je commençais à devenir fou, j'allais commencer à taper sur les gosses donc...*

(1) Genèse du stress lié à la charge de travail objective

Les entretiens fournissent certaines explications sur l'impact de la charge de travail dans la genèse du stress ou de ce mal-être au travail. Elle intervient à plusieurs niveaux.

Une des répercussions évidentes, rapportée par les interviewés, est la prise de pas sur la vie personnelle et familiale. Les médecins déplorent le peu de temps qu'ils consacrent à leur famille et plus globalement, à leur vie extra-professionnelle.

Médecin 1 : *C'est plutôt de la lassitude avec des amplitudes horaires qui sont trop importantes et qui ne me permettent pas de pouvoir avoir notamment les soirées que j'aimerais bien avoir à la maison. D'autant plus que j'ai une femme qui fait la même chose que moi et qui est donc inversée par rapport à moi. Ce qui fait qu'on se croise pas beaucoup dans la semaine.*

Médecin 4 : *A partir de ma grossesse, je n'ai plus travaillé le samedi parce que je n'arrivais plus à gérer et je ne voulais plus travailler de cette façon là.*

Médecin 6 : *Je ferais des journées 9h-12h, 14h-18h, ce serait royal, quoi. Au moins, tu as ta soirée chez toi, tu peux faire du ménage, tu peux faire la cuisine, tu vois ce que je veux dire. Tu rentres, il est 20h30, t'es un peu cassé, t'es...*

Médecin 9 : *A cause des horaires, déjà. On rentre à 20h, 21h, moi, j'ai passé des années en mangeant tout seul le midi et le soir (rires). Alors ça pèse un peu, quand même.*

Cette surcharge de travail est également une source de stress dans le sens où elle entraîne une indisponibilité du médecin. Celle-ci se répercute sur le patient, qui lorsqu'il demande un rendez-vous rapide, peut malgré tout, voir celui-ci programmé plusieurs jours plus tard. Ce phénomène est une source d'inquiétude pour le médecin puisque, dans certains cas, il est obligé de constater, a posteriori, qu'une prise en charge plus rapide aurait été souhaitable.

Médecin 5 : *Et ce qui m'agace, c'est de voir du coup, de temps en temps, ça, ça me stress, de voir des petits patients ou des adultes qui viennent deux jours... Enfin, le jour de la consultation, j'engueule la mère quasiment en lui disant : « mais pourquoi n'êtes-vous pas venue plus tôt ? » « Mais j'ai appelé, il y a deux jours et on m'a dit, il y a pas de place avant vendredi ». Bon, ça, ça m'embête.*

Médecin 8 : *Je sais que intellectuellement, dans ma capacité de travail, je suis pas capable de travailler vite. Et donc, ça, ça me stress, de pas voir tous les patients qui sont en demande dans une journée.*

Dans le même ordre d'idée, les médecins peuvent regretter de ne pas avoir assez de temps pour des patients qui le nécessiteraient. Notamment, dans le cadre de pathologies lourdes, ils déplorent des contraintes d'agenda qui ne leur permettent pas d'y consacrer le temps voulu. Plus globalement, certains avouent ne pas arriver à exercer leur métier tel qu'ils aimeraient le faire ou tel qu'ils le conçoivent.

Médecin 5 : *J'ai pas l'impression de pouvoir prendre suffisamment de temps pour la (la pathologie lourde) gérer. (...) j'avoue que je la gère aussi souvent, les jours de congé.*

Médecin 6 : *J'aime mon boulot. Je suis pas forcément satisfaite des conditions, si tu veux de boulot. Dans ces conditions, ça revient au temps, pas avoir le temps avec les gens, c'est ce qui me manque le plus.*

Médecin 9 : *Après, moi, peut être, le truc qui me... par rapport à mon travail, c'est de faire un peu d'abattage, de voir beaucoup de monde (...) Et ça, c'est pesant.*

(2) Les raisons de cette charge de travail

Les généralistes interrogés évoquent principalement deux raisons pour expliquer ce volume horaire.

En premier lieu, ils soulignent la demande importante en soins primaires. Les patients sont effectivement en demande de soins qu'il faut pouvoir assumer.

Médecin 5 : *La clientèle augmente, je ne connais pas les chiffres là mais bon, je crois que c'est assez énorme et les gens râlent parce qu'ils ne peuvent pas me voir quand ils veulent. C'est logique.*

Médecin 7 : *C'est toujours pareil, en médecine, si t'es un peu trop, tu te laisses un peu trop déborder, ils vont rentrer par la fenêtre. Ils sont dans le couloir, ils t'attendent, non mais, même sur rendez-vous, ils ont décidé d'arriver donc, tu peux ne plus avoir de vie à toi.*

Médecin 12 : *La demande, elle est là. Plus on est là, plus il y a de demandes. Voilà, c'est un cercle vicieux aussi.*

En second lieu, ils évoquent la charge financière. Certains des interviewés soulignent que, pour assurer leur train de vie, un certain niveau d'activité doit être maintenu.

Médecin 1 : *Aujourd'hui, les amplitudes de travail telles qu'elles sont définies sont liées essentiellement à l'âge que j'ai, à l'âge de mes enfants et à la charge financière qui pèse sur moi.*

Médecin 6 : *Mon temps est tributaire de mes charges. De toute façon, le problème de la médecine actuellement, c'est ça. On est sur une rentabilité quotidienne.*

Cette charge de travail objective, entretenue par une demande de soins importante et des charges financières à assumer, pèse sur les médecins de l'échantillon. Elle est cause d'un stress qui parfois, s'avère avoir des conséquences sur leur santé mentale.

b) Charge de travail subjective

La charge de travail subjective est la charge de travail ressentie par le médecin. Contrairement à la charge objective, elle peut dépasser les frontières du cabinet et s'exporter jusqu'au lieu de vie. Elle conditionne dès lors les temps de repos du travailleur. Si elle est trop importante, il ne pourra extraire ses pensées de la sphère professionnelle. A la longue, ce ressenti peut se traduire par l'impression d'être envahi par le travail.

Plusieurs des médecins interrogés abordent cette question.

Médecin 2 : *Il y a un côté où effectivement, tu as toujours du travail, t'as toujours un truc à faire.*

Médecin 9 : *Quand on parle de choses futiles et que t'as encore en tête des problèmes non résolus, forcément des fois, t'es moins à l'écoute des problèmes quotidiens. Ouais, ça m'a beaucoup pesé.*

Médecin 12 : *C'est certain que c'est une pression permanente. On marche à l'adrénaline. Et on est drogué à l'adrénaline.*

Médecin 13 : *C'est quelque chose qui est lourd, c'est sûr. C'est des trucs qui te travaillent tout le temps.*

Ce sentiment d'être submergé, de n'être jamais complètement libéré vis-à-vis du travail est favorisé par l'irrégularité et l'imprévu.

L'irrégularité parce que les consultations se suivent et ne se ressemblent pas. Ainsi, un patient lourd porteur de pathologies complexes peut faire suite à une simple rhinopharyngite. Les médecins doivent donc garder une attention de tous les instants.

Médecin 5 : *Parfois, certaines journées, oui, quand il y a des cas lourds. Bon, devoir suivre tout ça à la fois, mêlé à des petites pathologies, ça, ça me pèse, ça c'est sûr...*

Médecin 7 : *Puis bon, en médecine, moi, je suis attentive, alors après, c'est toujours pareil, on peut ne pas être attentif. Moi, si tu veux, j'essaie de faire au mieux mon métier, de... Je me rends compte que quand ils viennent au cabinet, ça aussi, bien souvent ils viennent pas que pour un petit truc, ils vien-*

nent et puis ils te posent plein de problèmes à la fois et des fois, tu résous même le problème de l'année. Donc des fois ça peut être un peu pesant et, c'est toujours pareil, encore à toi de gérer ça...

L'imprévu, parce que l'emploi du temps doit régulièrement accepter des modifications. Les urgences, les coups de téléphones, sont des entorses quotidiennes auxquelles le praticien doit faire face.

Médecin 6 : *Quand t'es en consultation que déjà t'es interrompu, y a des fois, je sais plus où j'en étais avec les patients.*

Médecin 11 : *Il y a toujours de l'imprévu en médecine générale. Donc, il y a toujours une fatigabilité liée à l'irrégularité du travail. Que ce soit sur rendez-vous ou sur consultations libres.*

La multiplicité des rôles joue également sur cette charge subjective. L'analyse des entretiens le montre bien. Les interviewés expliquent que s'ils soignent les patients, le métier ne s'arrête pas là. Ils sont également gestionnaires, employeurs, financiers,... Cette multitude de tâches leur procure un sentiment d'insécurité intellectuelle qui ne prêche pas au repos.

Médecin 1 : *Si tu me demandes : qu'est-ce qui est le plus dur pour moi dans ma charge de travail, c'est pas de voir les patients. Non. C'est de gérer le cabinet.*

Médecin 7 : *Si vraiment on veut bien faire son travail, si on veut ausculter, si on veut palper, c'est pas un quart d'heure qu'il nous faut, on est tous... Si en plus il faut faire du papier...*

Au total, beaucoup des médecins de l'échantillon rapportent leurs difficultés à déconnecter du travail. Ils gardent, même en temps de repos, l'esprit occupé. Un emploi du temps sans cesse dérangé ainsi que l'impression de devoir répondre présents sur plusieurs fronts renforcent ce sentiment.

c) Charge de travail psychique

La charge de travail psychique est relative au ressenti émotionnel. Par définition, la médecine générale expose celui qui la pratique à une charge émotionnelle forte puisqu'il est face à la souffrance d'autrui. Cette empathie, plus ou moins forte d'un individu à l'autre, est largement évoquée au cours des entretiens.

Médecin 5 : *je pense que ça me touche plus que ce que je dis là, d'être en permanence avec, en contact avec la mort, la maladie grave, ça ouais, ça me (...) Je pense que ça me mine un petit peu à l'intérieur. Bon, c'est très perso tout ça. (Le médecin a évoqué un vécu personnel particulier. À sa demande, ce passage de l'entretien ne sera pas cité).*

Médecin 6 : *C'est pas pesant, c'est difficile. Mais difficile côté humain, pas côté profession, si tu veux. Après, il ya des choses avec des moments plus difficiles parce que c'est des gens que je connaissais, voilà.*

Médecin 7 : *C'est cette espèce d'empathie, si tu fais pas gaffe, tu peux te faire bouffer par le côté empathique du système, quoi. A un moment donné, ton empathie te bouffe et te tue à petit feu.*

Médecin 13 : *C'est toujours difficile hein. Le palliatif... Alors, moi, c'est ma conception de la médecine, c'est que c'est de zéro à la fin. Après, ben c'est fonction de l'histoire personnelle. Moi, j'ai ma mère qui est décédée d'un cancer du sein donc voilà, le palliatif, je sais ce que c'est. (...) ça me renvoie toujours, effectivement, à des choses un peu difficiles...*

Comme nous le voyons au travers de ces citations, la charge émotionnelle peut être renforcée par un vécu personnel douloureux. Par ailleurs, cette charge est plus lourde lorsque le suivi du patient s'est inscrit dans la durée. Des liens se sont tissés entre le soignant et le soigné et parfois même, avec sa famille. La tâche est alors d'autant plus lourde pour le médecin.

Médecin 8 : *C'est que, nous, en tant que médecins généralistes, on accompagne le malade qu'on a peut-être plus ou moins suivi depuis longtemps, et on accompagne ceux qui restent. Et, ben moi, j'ai besoin de faire aussi mon deuil.*

Médecin 9 : *Ouais, des fois, ça te fait des trucs quand c'est des malades que tu suis depuis longtemps.*
Médecin 15 : *Parce que souvent, comme je vous disais, ce sont des gens qui sont fidèles et puis, parfois qu'on connaît depuis plusieurs années et c'est vrai que c'est toujours douloureux, oui. Soit, la déclaration de la maladie, l'annonce de la maladie à des patients qu'on connaît bien, qu'on connaît depuis longtemps, soit aussi l'accompagnement vers la mort et l'accompagnement des familles aussi. (...) Ça, c'est difficile, je vais pas vous le cacher.*

Malgré le poids avoué de cette confrontation récurrente à la souffrance humaine, les médecins généralistes interrogés acceptent volontiers ce fardeau. Cela semble faire partie de la conception qu'ils se font de leur métier. A aucun moment ce rôle n'est remis en question.

Médecin 14 : *C'est dur, ben oui, c'est dur. Mais ça fait parti de notre travail aussi. Effectivement, accompagner quelqu'un, l'aider à mourir, c'est quand même (...) je préfère faire de la pédiatrie (...) mais je trouve que ça fait parti de notre travail et j'ai jamais refusé de prendre un truc en palliatif.*

Médecin 16 : *C'est jamais agréable, tout ça, mais, c'est ça, ça fait partie de notre travail. C'est ça, c'est à nous d'essayer de bien transmettre ou de faire le mieux possible voilà. Mais pour moi, ça fait partie du travail. Donc, bien sûr, on va pas dire que ça pèse pas enfin, c'est pas peser le mot, c'est un moment qu'on apprécie pas. Mais de toute façon, il y a pas d'autre personne que nous pour le faire. Donc on doit le faire et on fait avec.*

L'un des médecins interrogés, bien que déplorant de tels moments, en souligne tout de même la richesse.

Médecin 7 : *Mais des fois la mort, ouais, c'est pas évident la mort, c'est jamais évident donc... C'est aussi une richesse d'accompagner les gens vers la mort, c'est pas, honnêtement, c'est très riche. C'est une richesse de le faire.*

A l'écoute des entretiens, les médecins interrogés semblent donc soumis à une charge de travail importante. Cette charge de travail, qu'elle soit objective, subjective ou psychique a des conséquences sur leurs vies professionnelle et extraprofessionnelle. Dans certains cas, elle est acceptée car considérée comme inhérente au métier. Cependant, ce n'est pas toujours le cas et le corpus de discours laisse transparaître une certaine fatigue qui lui est directement liée.

2. La relation avec le patient

La relation médecin-patient est l'un des piliers de la médecine. Sans elle, la médecine n'aurait pas lieu d'être puisqu'elle naît de ce qu'une personne confie sa plainte à une autre personne qui va s'employer à la soulager. Le médecin généraliste, en tant que médecin traitant, voit souvent cette relation s'inscrire dans la durée. Sa vie professionnelle est constituée de multiples relations plus ou moins longues entre lui et ses patients. Nous comprenons dès lors l'importance pour le praticien de voir ses relations s'inscrire dans un certain climat de confiance et de réciprocité.

Durant ces entretiens, les médecins interrogés ont exprimé le plaisir qu'ils trouvent dans ces échanges relationnels.

Médecin 2 : *Je pense que c'est un métier assez gratifiant avec qui on peut établir des liens très intéressants avec les patients. (...) je me dis toujours que c'est un métier où tu as 20 fois par jour quelqu'un qui te dit merci, il n'y a pas beaucoup de métier où c'est comme ça.*

Médecin 9 : *Même si on est fatigué des fois, la plupart des patients, avec nous, ils sont assez gentils. La plupart, je pense, doivent être assez reconnaissants du résultat de notre travail.*

Médecin 12 : *Les aspects positifs, c'est d'être en contact avec les gens, parce que les gens, ils restent, c'est toujours les gens et c'est toujours très agréable. Ils vous renvoient toujours quelque chose et puis c'est la médecine générale.*

Pour autant, force est de constater, à la lecture des entretiens, qu'il existe chez les médecins interrogés, une certaine amertume vis-à-vis de ces relations. Les plaintes quand à l'exigence des patients sont récurrentes et les médecins expriment souvent le regret d'être assimilés à des « prestataires de service ». Ils pointent ainsi du doigt la tendance des patients à rentrer dans le soin avec une logique de consommateurs.

Il faut également relever que le risque médico-légal, avec la peur du procès, pèse sur les praticiens, modifiant parfois les rapports dans le colloque singulier.

a) L'exigence des patients

L'exigence des patients est largement décrite par les interviewés.

Elle s'exprime de différentes façons. Certains patients cherchent à obtenir des prescriptions du médecin contre son avis et rentrent ainsi dans une logique de négociation.

Médecin 5 : *Ca, c'est pesant aussi. Le fait de se sentir un peu obligé d'accéder à telle ou telle demande, et rien ne m'y oblige !*

Médecin 8 : *Il y a des gens à qui, après il faut leur expliquer que, non, il n'y a pas besoin. Manque de pot, des fois, t'es obligé d'aller à l'examen demandé, exigé, pour leur faire prendre conscience que c'était pas nécessaire.*

Médecin 13 : *Je dis pas qu'il y a pas des fois où je leur fais des prescriptions, ils m'ont gonflé, j'ajoute un truc parce que voilà, ils le veulent absolument, moi je suis sûr que ça ne changera rien et voilà.*

D'autres patients ne veulent plus venir voir le médecin et cherchent à obtenir différents services (ordonnances, certificats,...) en évitant le déplacement au cabinet.

Médecin 4 : *Ils deviennent exigeants, un peu dans la consultation oui, mais surtout ils deviennent exigeants dans le fait qu'ils appellent pour avoir des renouvellements, des ordonnances sans venir. (...) Ils essaient par tous les moyens de ne plus venir.*

Médecin 11 : *Ce côté prestataire de prescription, oui, sans relation avec les gens, ça, ça me dérange.*

Médecin 14 : *Après, oui, les gens emmerdeurs donc, ceux qui veulent tout par téléphone, jamais te voir.*

Pour d'autres encore, il faut que le médecin fasse vite, peu importe son emploi du temps.

Médecin 2 : *Les arrêts de travail, les gens, ils viennent, ils demandent, ils mettent la pression pour l'avoir tout de suite parce qu'ils en ont besoin pour le jour même...*

Médecin 11 : *La communication, elle passe dans l'immédiat et pas dans la prise de temps et d'échanges. Donc on est forcément toujours dans l'immédiat.*

Ces attitudes sont dénoncées par les interviewés. Ils considèrent qu'elles sont l'expression d'une forme de consumérisme médical qui réduirait leur rôle à celui d'un « prestataire de service » ou d'un commerçant. Cette idée n'est pas acceptée. Elle est vécue comme dévalorisante et ne rentre pas dans la conception que les praticiens interrogés ont de leur métier.

Médecin 4 : *Il y en a beaucoup, de plus en plus, qui nous considèrent comme des prestataires de service.*

Médecin 6 : *Il y a des gens qui me demandent des trucs que j'ai pas vus depuis des mois quoi. Donc, c'est non. Je suis pas un prescripteur, je suis un médecin. Après ça c'est, chacun le voit... peut-être différemment. Je suis pas un jackpot. (rires)*

Médecin 6 : *T'as des patients qui restent très gentils, même pas gentils (hésitation), pour qui tu représentes quelque chose, on va dire. Et puis tu en as d'autres pour qui tu es un prescripteur.*

Médecin 8 : *Ensuite, c'est les changements de comportement des patients aussi qui deviennent compliqués. Ils sont en demande, c'est un service après-vente, quoi. Ca, ça devient du quotidien.*

Médecin 9 : *Ils ont tendance à venir pour une prestation de service, quoi. C'est la commercialisation de toute la société. De plus en plus. Alors, eux, c'est contre leur intérêt en fin de compte puisque finalement, on va leur proposer ça. Voilà, vous viendrez, vous verrez un médecin et puis vous vous barrez...*

Les médecins interrogés souffrent donc de la modification de la relation médecin-patient. Parfois, une forme de déception est clairement exprimée dans leur discours.

Médecin 9 : *C'est-à-dire, quand on a à faire à du matériel humain, quand on voit la détérioration du matériel humain, des relations humaines, de la société, ça donne pas un enthousiasme délirant sur la relation humaine, quoi.*

Médecin 9 : *Alors, nous, on fait un métier où il y a des relations humaines, et on a des gens qui veulent pas de relations humaines, qui fuient les relations humaines. Là, je trouve qu'il y a un problème. Si c'était des dossiers, ça irait, quoi. Moi, c'est ce côté-là, je souffre de ça. Le fait de ne pas communiquer.*

L'exigence des patients, l'impression qu'ils abordent le soin avec une logique de consommation, sont des points qui pèsent sur les médecins interrogés. Ils regrettent ces attitudes qui vont contre leur conception de la « bonne médecine ». Il en découle un sentiment de dévalorisation mais aussi, une forme de déception vis-à-vis de la relation médecin-malade.

D'autres éléments viennent perturber cette relation. Le spectre du risque médico-légal est clairement présent. Dans une moindre mesure, l'omniprésence des médias joue également un rôle dans la modification des rapports médecin-patients.

Nous allons aborder ces deux points.

b) Le risque médico-légal

La grande majorité des médecins interrogés a conscience de ce risque et le redoute.

Médecin 6 : *Malheureusement personne n'est à l'abri, aucun médecin n'est à l'abri de quoi que ce soit parce que, justement, on n'est pas un drive sur lequel on peut taper un numéro et puis voilà. Ça m'inquiète pas plus que ça dans le sens où pour l'instant, j'ai pas eu de problème. Je serai inquiète le jour où il y aura un truc.*

Médecin 12 : *Après, je peux m'en prendre un, un de ces jours, pareil. J'ai pas fait que des fleurs dans ma vie, je me suis planté des fois aussi.*

Médecin 16 : *Les patients deviennent de plus en plus comme ça. (...) on le lit dans les revues, c'est comme ça, il y en a de plus en plus.*

Cependant, nous sentons une volonté de contrôler ce risque. Des stratégies pour le limiter sont mises en place à défaut de pouvoir en faire abstraction.

Ces stratégies sont de plusieurs types :

- Le dialogue avec le patient pour expliquer, désamorcer et parfois s'excuser apparaît comme primordial.

Médecin 1 : *Ça passe par une meilleure communication avec les patients. Ça passe par des explications qu'il faut savoir donner et par reconnaître quand on a fait quelque chose qui n'est pas forcément parfait. Ça passe par une grande humilité qu'il faut cultiver. Ce n'est pas forcément celle qu'on a naturellement.*

Médecin 5 : *Les gens, ce qu'ils veulent, en tout cas, un médecin qui va éventuellement reconnaître son erreur, qui va les écouter, qui va accepter qu'on lui dise qu'il s'est trompé, qui va éventuellement le reconnaître ou en tout cas, qui va expliquer pourquoi il est passé à côté et qui peut les écouter sans les renvoyer dans leurs 22 en reportant éventuellement la faute sur eux.*

- Certains des médecins interrogés soulignent l'importance d'une bonne tenue des dossiers médicaux.

Médecin 13 : *Je suis pas d'une nature très inquiète, je vois pas le mal partout, mais c'est vrai que maintenant, j'ai plutôt tendance à vraiment tout noter dans les dossiers.*

Médecin 16 : *J'essaie de noter le plus possible parce que, ben voilà, en tant qu'interne, j'ai eu une expérience assez désagréable là-dessus et voilà.*

- Une formation spécifique a été entreprise par l'un des interviewés suite à des soucis de cet ordre.

Médecin 1 : *Ça a pu me peser dans mon exercice, ça ne pèse plus aujourd'hui. J'ai eu des problèmes médico-légaux à gérer, chiants et lourds dans le passé. (...) Depuis que j'ai fait 1 an de formation de médecine légale, je suis beaucoup plus zen par rapport à ça.*

Les médecins essaient donc de se prémunir de ce stress. Cependant, quelques uns regrettent que cela se fasse, aux dépens d'une certaine logique médicale.

Médecin 11 : *On sent bien que tout le monde essaie de se prémunir et qu'il y ait une traçabilité et tout le monde parle de traçabilité. Et, à force de faire de la traçabilité, ben finalement, on en oublie le sens du patient.*

c) L'omniprésence des médias

Les sources d'informations étant de plus en plus nombreuses et faciles d'accès, les patients viennent souvent au cabinet renseignés sur leurs symptômes ou pathologies. Les renseignements obtenus, parfois erronés ou mal interprétés peuvent être source d'erreurs ou d'approximations que les médecins doivent savoir corriger. La plupart du temps ce ré-aiguillage se passe bien et les plaintes des médecins interrogés sur ce sujet sont peu nombreuses.

Médecin 3 : *il y a un courant de détracteurs dans la médecine qui est très perturbateur. Très perturbateur, à savoir qu'on met en lumière, par exemple, des gens qui disent, il ne faut pas des hypolipémiants, pourquoi donner des hypolipémiants, parce que ça sert à rien. Et ça, ça c'est gênant pour nous et c'est gênant pour affronter les patients qui ont écouté ces messages et pour essayer de les convaincre*

Médecin 8 : *Alors, il y a aussi internet qui pose problème. (rires). Ça peut être utile comme, ça peut être malheureusement, très malveillant, en fait.*

Il apparaît ainsi très nettement que les médecins souffrent de ce que la relation médecin-malade ne se développe pas comme ils l'auraient souhaitée. L'exigence des patients, s'exprimant au travers

d'une forme de consumérisme médical, est pointée du doigt dans la détérioration des rapports entre le médecin et ses patients. Le médecin s'en trouve déçu, dévalorisé. Par ailleurs, la peur du risque médico-légal s'inscrit en toile de fond dans la conception de cette relation. Elle semble participer à la détérioration du climat de confiance.

3. La gestion administrative

La lourdeur des tâches administratives ressort largement des entretiens. Leur réalisation est souvent vécue comme pénible, inintéressante, à l'origine d'une certaine lassitude. Chacun des médecins interrogés répond à sa façon à cette charge administrative mais aucun ne semble s'en satisfaire. Elle est globalement divisée en deux parties dont le médecin s'acquitte plus ou moins volontiers. L'une liée directement aux patients et l'autre liée à la gestion de l'entreprise dont le médecin a la charge.

a) Les tâches administratives liées aux patients

La réalisation de certificats multiples, de dossiers de demande de prise en charge en ALD, de formulaires pour la maison départementale des personnes handicapées (MDPH) est vécue comme pénible par les médecins interrogés.

Médecin 6 : *C'est tous les papiers qu'il y a autour de la consultation qui m'embêtent. Ça, c'est lourd. C'est pour ça que maintenant les certificats, autrefois, ils me laissaient des trucs les patients, je passais deux heures à faire les papiers. Maintenant, vous prenez un rendez-vous pour votre dossier, basta.*

Médecin 7 : *Ce qui me bouscule moi, énormément, c'est les tonnes de papiers à faire avec (hésitation exaspérée)... il faut le faire rapidement.*

Médecin 12 : *C'est les papiers qu'il va falloir remplir pour la sécu que je... Ça, ça m'emmerde, voilà, c'est ça. Les contingences administratives qui sont les parasites du travail.*

Les formulaires pour la MDPH sont particulièrement mis en cause.

Médecin 9 : *Le pire, c'est la MDPH, renouvellement d'ALD, etc... Des fois, t'en as 3 ou 4 à faire dans la semaine, des fois tu sais même plus pourquoi ils sont MDPH, faut sortir les courriers et tout, donc ça, ça te fait perdre du temps. Ça pèse.*

Médecin 13 : *Plus ça va, plus on en fait. C'est sûr que tous les dossiers MDPH, j'en ai jamais autant fait.*

Ces tâches sont faites d'autant plus à contrecœur qu'elles sont jugées inutiles. Elles font perdre un temps précieux pour des raisons qui apparaissent sans fondement.

Médecin 5 : *L'administratif pour les patients, oui ça, c'est usant. Beaucoup de papiers, beaucoup de temps passé pour des choses qui n'en valent pas la peine. C'est tous ces certificats médicaux qu'on nous demande pour des bêtises quoi, pour que chacun se couvre et finalement, ça me paraît assez inutile.*

Médecin 7 : *Mais même le papier, si tu veux, je trouve que des fois, c'est du non sens, les papiers qu'on nous fait remplir. Donc en fait, maintenant, je bâcle du papier. J'ai décidé que ça passerait au dernier rang et voilà.*

Médecin 8 : *Il y a plein de papiers qui sont de plus en plus demandés et dont on se demande bien à quoi ça sert, voilà.*

Certains médecins soulignent par ailleurs qu'un certificat engage pénalement le médecin qui l'a rédigé. Sa rédaction ne doit donc pas être faite à la légère et nécessite une certaine application. Ceci ajoute une pression supplémentaire à la charge du praticien.

Médecin 3 : *On a beaucoup de pression au niveau des papiers, du point de vue médico-légal. (...) si les choses ne sont pas bien faites, je parle, par exemple, d'un accident du travail où ça me casse les pieds comme c'est pas possible, et bien, le perdant, c'est le patient.*

Médecin 16 : *Parce que, parce que (hésitation) voilà, on a des certificats à faire. Les gens nous disent : « c'est qu'un certificat » Mais ils se rendent pas compte que si il y a un souci, c'est nous qui sommes impliqués au point de vue juridique, enfin voilà, pour les gens c'est un bout de papier et en fait, non, c'est pas que ça, c'est plein de choses.*

Malgré tout, certains des médecins interrogés acceptent cette charge administrative. Ils considèrent que cela fait partie du métier de médecin généraliste, que c'est un moyen de rendre service aux patients.

Médecin 1 : *Un médecin généraliste c'est fait pour faire du soin primaire, et c'est fait pour faire des certificats. Et c'est fait pour faire de la gestion CPAM qui nous concerne etc.. Ça fait partie du boulot quoi.*

Médecin 14 : *Quand c'est pour le patient, je fais, ça m'emmerde mais je fais.*

b) Les tâches administratives liées à la gestion de l'entreprise

Cette gestion de l'entreprise qui constitue l'outil de travail du médecin généraliste est problématique. Les praticiens interrogés évoquent les difficultés, le temps et le stress que cela représente.

Médecin 1 : *Si tu me demandes : qu'est-ce qui est le plus dur pour moi dans ma charge de travail, c'est pas de voir les patients. Non. C'est de gérer le cabinet. (...) Ce qui est dur pour moi, c'est la gestion administrative. C'est ça qui m'emmerde le plus, c'est ça qui est lourd, c'est ça qui est le plus lourd. Ça me pèse. Ça ne m'ennuie pas, ça me pèse et ça me stresse. Enfin, ça génère du stress.*

Médecin 9 : *Je suis obligé de ranger les factures, tout ça. Là, annuellement, faut refaire toute la comptabilité, voir les bordereaux, donc, ça prend du temps. Des fois, t'es obligé de faire le week-end. Il y a ce côté-là, le côté administratif du cabinet. Ça, ça me prend du temps, quand même.*

Ils la redoutent d'autant plus qu'ils ressentent une certaine inaptitude vis-à-vis de cette gestion. Leur formation ne leur en a pas donné les clés. Parfois même, ils rejettent l'idée que cette charge leur appartienne.

Médecin 1 : *Toute la gestion administrative, c'est celle là qui me pèse le plus parce que c'est celle qui me fait rester tard au boulot (...) Parce que la gestion d'un cabinet médical, je ne suis pas formé à ça.*

Médecin 8 : *Le personnel, c'est pas facile. La gestion du personnel, on n'est pas formé du tout à ça.*

Médecin 16 : *C'est un autre métier. Enfin, c'est un métier de comptable. Et nous, c'est pas ça qu'on veut faire.*

Pourtant, une mauvaise gestion peut-être source de conséquences plus ou moins lourdes. Plusieurs médecins estiment qu'ils perdent de l'argent en raison d'un manque d'assiduité à la comptabilité. L'un des médecins a été condamné suite à un litige professionnel avec une secrétaire.

Médecin 5 : *Tout ce qui est tiers-payant, il faudrait vérifier parce qu'il y a beaucoup de choses qui passent à l'as, pour des histoires de pas de déclaration médecin traitant ou... et on le fait pas. Bon, tant pis. Mais je m'assieds dessus.*

Médecin 9 : *On a été condamné pour licenciement abusif parce qu'on était carrément ignorants. Maintenant, on sait que si on a un problème avec un salarié, c'est directement un avocat, quoi. (...) Nous, on a payé 20 000 euros. A partir du moment où tu as un salarié, tu risques très gros. (...) on a été considéré comme des voyous.*

Médecin 14 : *Moi, je procrastine. Et je suis la reine de la procrastination pour ça et donc, la reine de l'empilement. Donc, ma compta, je l'ai jamais faite. Ce qui rentre tant mieux, ce qui rentre pas, je cours pas après et effectivement, quand je fais le total de ce qui rentre pas ou ce après je cours pas, ça fait 600 euros à l'année, quoi. C'est un billet d'avion pour la Réunion aller-retour (rires).*

Pour limiter les risques mais également pour se soulager d'une part du travail, la majeure partie des médecins interrogés délègue la comptabilité.

Médecin 3 : *Alors le comptable, je dis chacun son métier. Depuis le début, depuis le premier jour, j'ai pris un comptable. Je sais pas faire, ça ne m'intéresse pas, je n'y connais rien et il ne faut pas se tromper parce que ça coûte cher.*

Médecin 15 : *La gestion du cabinet, moi, j'ai un comptable. En gros, je fais rien. (rires) Non mais c'est vrai en plus, je me rends compte en parlant que, j'ai un comptable donc voilà, je gère ma compta... Je paye les factures, je les trie, je les mets dans un classeur et je le donne à la fin de... Deux fois par an, j'y vais.*

Pour autant, cette délégation de la charge administrative est insuffisante pour certains qui restent largement ennuyés par des facettes de cette gestion d'entreprise. La gestion financière et la gestion du personnel notamment, sont sources de stress. Les médecins ont l'impression d'y laisser trop de temps et d'énergie.

Médecin 1 : *Il y a beaucoup d'argent qui rentre, beaucoup d'argent qui sort. Et que je ne suis pas forcément toujours dans la totale maîtrise de ce qui m'arrive sur le coin de la tête. (...) la gestion financière, c'est ce qu'il y a de plus dur : l'anticipation m'oblige à la regarder régulièrement. J'aimerais bien faire autre chose.*

Médecin 3 : *Alors, ce qui est pesant dans le côté financier de la médecine, c'est qu'il faut très vite savoir se distribuer un salaire. On brasse beaucoup d'argent, et il faut être très précis dans ce qu'il va nous rester.*

Médecin 8 : *Et par exemple, avec les problèmes de mutuelles d'entreprise, ça m'a pris un temps fou pendant tout ce trimestre, à voir les entreprises, les mutuelles, à leur proposer aux secrétaires, savoir ce qui était intéressant, à rencontrer la mutuelle. J'ai fait ça sur le temps avant ma consultation (...) Donc, ça prend du temps, de l'énergie aussi.*

Aux vues de ces déclarations, la gestion administrative semble largement peser sur les médecins interrogés. Elle est à l'origine d'un stress car imparfaitement maîtrisée mais aussi, d'insatisfaction professionnelle puisque parfois perçue comme inutile. Le temps qui lui est imparti est souvent considéré comme perdu.

Pourtant, nous l'avons vu, une mauvaise gestion peut avoir des conséquences néfastes pour le médecin mais également pour le patient.

4. La rémunération

La plupart des médecins interrogés, sinon la totalité, s'accorde à dire son insatisfaction vis-à-vis de la rémunération. Cependant, les revendications ne sont pas les mêmes et les motifs de contrariété divergent. Il convient de différencier deux éléments qui suscitent le mécontentement des praticiens : le niveau de rémunération et les modes de rémunération.

a) Le niveau de rémunération

Très critiqué lors des entretiens, le niveau de rémunération est considéré comme bien trop bas, voire, pour certains, ridicule.

Médecin 4 : *Moi je fais une vingtaine d'actes par jour ce qui est le minimum pour payer et vivre confortablement mais c'est très minimum minimum. (...) j'ai besoin de gagner un peu plus d'argent*

Médecin 11 : *Je pense qu'effectivement, 23 euros l'acte, ça commence à être un peu ridicule. (...) Je pense qu'effectivement, 23 euros, les gens quand ils nous font 23 euros, ils rigolent, quoi.*

Médecin 12 : *Le niveau de rémunération est ridicule. C'est ridicule, c'est mal fait, et puis, c'est pas adapté du tout. Le métier est dévalorisé, c'est du foutage de gueule.*

Comme l'exprime cette dernière citation, une partie de ce mécontentement vient du fait que les médecins ont l'impression que la médecine générale est dévalorisée. Le salaire obtenu ne récompense pas l'investissement des professionnels. Les médecins interrogés comparent avec dépit leur salaire à celui d'autres professions.

Médecin 3 : *C'est un métier que je considère très mal payé (...) quand je vois certaines professions qui demandent moins de formation, moins de responsabilités, moins d'engagement, moins de réflexion, moins de temps de travail et qui, quand on fait le comparatif de salaire... Ca me rend un peu amer.*

Médecin 7 : *C'est vrai que je trouve que c'est pas assez rémunéré. Ne pas rémunérer l'acte que l'on fait, c'est pas bon, c'est quelque chose qui commence à me gêner quand même. C'est un manque de reconnaissance. C'est pas valorisant. (...) c'est vrai que, si tu associes rémunération et reconnaissance de ton travail, c'est vrai que là, c'est quand même aberrant, quoi. C'est aberrant mais, on est des gens gentils, voilà...*

Médecin 13 : *Alors (hésitation), quand on ramène au taux horaire, on n'est pas si bien payé que ça (rires).*

Médecin 14 : *Ça me pose pas de problème. Après, tu te dis 10 ans d'études, quand tu compares à un plombier qui passe 5 min chez toi, ou qui va constater que c'est pas à lui de déboucher et qu'il te fait payer 70 euros alors qu'il est en tongues avec sa sacoche qu'il ouvre même pas, je me dis que bon. Tu compares à une coiffeuse qui te fait ta coupe pour 60 euros en une demi-heure, ça fait 30 euros le quart d'heure, que toi tu fais le quart d'heure à 23 euros. C'est vrai que quand tu compares, tu te dis putain ! Bon ouais, quand même.*

Malgré ce mécontentement affiché, certains font preuve d'une certaine retenue et relativisent au regard de la population globale.

Médecin 12 : *Alors, on s'y retrouve au total, on va pas jouer les malheureux...*

Médecin 13 : *J'en vis tout à fait correctement, c'est un peu difficile de se plaindre. Il y a tellement des gens autour de nous qui travaillent et dans des trucs alimentaires, parce qu'ils ont pas le choix, ou même qui galèrent et pour trois fois rien à la fin du mois, c'est un peu compliqué, moi je trouve, de se plaindre.*

b) Les modes de rémunération

Les modes de rémunération sont également critiqués. Les rémunérations sur objectifs de santé publique (ROSP) et forfaits récemment mis en place, sont décriés. Certains des médecins interrogés se plaignent d'une injustice qui serait liée au type de clientèle.

Médecin 6 : *Les ROSP, je vois pas trop l'intérêt de certains trucs, d'indices qu'ils font. Alors en plus, moi, j'y rentre pas trop par rapport à la clientèle que j'ai. Donc, du coup, je touche moins de sous que*

les autres parce que j'ai une clientèle plus jeune. Donc si tu veux, moi je trouve ça très inégalitaire en fonction de ta clientèle.

D'autres pointent du doigt une perte des prérogatives du libéral avec un système de rémunérations qui se rapproche d'un salariat.

Médecin 12 : Donc, c'est plus du libéral. C'est ça le problème, c'est que la part libérale se rétrécit de plus en plus. On est même payé par l'état. On est plus libéral, c'est de la foutaise.(...) Je pense que c'est foutage de gueule intégral. C'est un maquage d'état.

Certains, plus tempérés, trouvent de l'intérêt aux ROSP et forfaits mais regrettent la manière dont ils sont faits.

Médecin 15 : Forcément, ça nous rapporte de l'argent donc, c'est compliqué de cracher dessus. (rires). Après, quand on voit les items qui sont déclarés, c'est bizarre. (...) Ben disons que la première année, c'était normal de nous rémunérer sur l'informatisation, sur l'affichage des horaires du cabinet etc, mais maintenant, c'est tous les ans. C'est complètement ridicule. Si on est informatisé une fois, on est informatisé l'année d'après, j'imagine que... Ils pourraient modifier les items tous les ans.

Au-delà des rétributions forfaitaires, quelques médecins estiment que les modes de rémunération actuels ne récompensent pas forcément le travail fourni. Il s'agit là d'une remise en cause plus globale qui touche également le paiement à l'acte.

Médecin 6 : Le problème, c'est que la rémunération, elle ne représente pas la réalité de ton boulot. Tu vois ce que je veux dire. Après, les mecs qui font 60 actes par jour... C'est une médecine complètement inégalitaire.

Médecin 15 : Moi, ce que j'aimerais, c'est que la consultation soit réglée au temps de travail effectif. C'est-à-dire qu'une consultation effectivement pour un gamin qui a une rhino, un nourrisson qui a une rhinopharyngite à 28 euros, c'est très bien payé, parce que ça dure 5 min, il y a rien à faire, il y a pas d'ordonnance, on réfléchit pas. Bon, c'est très bien (rires). Par contre un patient qui vient, je sais pas moi, 60 ans, avec un diabète, une hypertension... Pour un peu qu'il ait, il y a plein de choses à faire (...) Pour peu qu'il vous dise que la veille, il a eu une douleur dans la poitrine, il faut organiser un rendez-vous, il faut prendre le téléphone, il faut faire des courriers. Et là, ça prend du temps. Et là, 23 euros, on se dit que c'est pas bien payé.

La rémunération est donc un sujet sensible. Peu des médecins interrogés en semblent satisfaits. Ils critiquent un niveau de rémunération trop bas qui dévalorise le métier et qui ne récompense pas l'investissement du professionnel. Par ailleurs, les modes de rémunérations sont également source d'insatisfaction car jugés inégaux et mal faits.

5. Les relations avec les autorités de santé

Les relations qu'entretiennent les médecins avec les autorités de santé varient d'un professionnel à l'autre. Les autorités de santé, dans les entretiens, se résument essentiellement à la sécurité sociale. Plusieurs médecins semblent travailler en bonne intelligence avec cet organisme. Ils ne sont pas gênés par les contrôles et y voient une certaine normalité.

Médecin 1 : La sécu ne me pèse pas. Je vois la caisse comme un partenaire et pas comme autre chose.
Médecin 3 : L'évolution a été que au départ, la sécu était essentiellement, un organisme payeur et que maintenant, c'est toujours un organisme payeur mais qui veut savoir ce qu'il paie. Moi ça me choque pas.

Certains de leurs confrères ne partagent pas ce mode de pensée. Les contrôles de la sécurité sociale sont jugés oppressants et intrusifs. Ils génèrent une certaine pression qui est mal acceptée. Cela se traduit par l'expression d'un stress ou d'une colère.

Médecin 2 : *C'est de plus en plus coercitif, (...) sous couvert d'avoir des rémunérations, les ROSP, c'est quand même très incitatif*

Médecin 4 : *C'est une source de colère mais pas un stress. (...) recevoir un jour, un mail du directeur délégué à l'AM avec un ton d'une ironie et d'un mépris... Ça, ça m'a énervé.*

Médecin 8 : *On a la pression de la CPAM enfin la sécu, les assurances maladie, maintenant, ils sont à la recherche de tous les arrêts maladie, etc... et là, c'est recours sur recours, on te demande des papiers, on te refait faire, tu te bats.*

Médecin 11 : *Ma problématique actuelle, c'est que j'ai l'impression qu'il y a beaucoup de personnes qui s'intéressent à la manière dont on travaille pour nous imposer une façon de travailler. Et ça, ça peut-être un gros facteur de stress. Je pense que dans l'échange avec les autres, ce qui est important, c'est de se sentir bien dans ce qu'on fait. Mais, maintenant, on nous met une rentabilité, on va nous en mettre de plus en plus, je pense que pour les générations futures, oui, ça va être un stress important.*

Médecin 14 : *C'est le côté dirigiste et le côté on sait pas exactement où on va et de plus en plus de contraintes au niveau général. Est-ce que ça m'inquiète ? Non, ça m'empêche pas de dormir. Est-ce que ça m'interroge et je trouve ça de plus en plus fliquant et, je sais pas comment dire, dictatorial ? Oui.*

L'analyse des entretiens permet de trouver quelques explications à ces réactions. Les médecins semblent ne pas apprécier d'être contrôlés par des confrères qui ne sont pas directement au contact des réalités du terrain. Ils acceptent mal des objectifs rentrant dans une logique économique et qui vont parfois à l'encontre du bien du patient.

Médecin 9 : *Bon, la dernière fois, elle est venue, c'était un médecin conseil, bon, j'avoue que j'ai pas... « Qu'est-ce que tu fous là ? », je lui ai dit. Je lui ai dit : « bon, pour me donner la bonne parole », je lui ai dit : « Ecoute, quand j'aurai des cas bien, bien lourds, je te les enverrai et puis, on verra ce que t'en penses. » C'est vrai que l'on s'est un peu quitté en froid, quoi. (...) Bon voilà, donc ils font pression, sans arrêt, donc, ils ont des objectifs, je sais pas quoi, qu'on comprend pas. Donc c'est vrai, c'est pénible.*

Médecin 11 : *On a beaucoup d'appels de médecins conseil, on a l'impression qu'ils sont complètement en-dehors de la problématique du patient, que leur but est d'arrêter le plus vite possible les arrêts de travail, les indemnisations... (...) J'aime pas qu'on gère mon travail à ma place (rires). Je crois que ça, c'est problématique. Je pense que ce qui gêne les médecins actuellement, c'est effectivement, tous les regards extérieurs, on doit rendre des comptes, c'est normal. Mais je pense que la personne à qui on doit rendre des comptes en priorité, c'est le patient.*

Au-delà de ces considérations générales, certains points particuliers sont pointés du doigt. Le fait, par exemple, que la Rosuvastatine soit passée médicament d'exception a été particulièrement critiqué.

Médecin 3 : *Une manœuvre qui me chacaille un peu, par exemple, la Rosuvastatine sur lequel on a mis un phare en disant que c'était un produit cher (...). Je trouve que c'est un peu malsain parce que ça veut dire que tous les médecins sont des crétins et qu'ils prescrivent du CRESTOR ou de l'INEGY, comme ça (claquement de doigts) très facilement. Ça m'a un peu perturbé au point que j'ai vu un mec de la sécu(...) c'est le premier doigt dans un engrenage qui me paraît être très dangereux et qui est celui d'une maîtrise comptable de la prescription médicamenteuse.*

Médecin 10 : *Là les statines, c'est pas bien, il faut marquer maintenant. T'as toujours un train d'avance parce que toi, tu es dans la pratique. Eux, ils te sortent une théorie fumeuse.*

Par ailleurs, certains des médecins interrogés regrettent le manque de disponibilité des médecins conseil. Lorsqu'ils font appel à eux pour tel ou tel problème, la réponse tarde souvent à venir et ne profite donc pas au patient qui a quitté le cabinet depuis longtemps.

Médecin 5 : *Et puis là aussi, il faut du temps. Ils sont gentils, il faut les appeler mais quand il y a un patient qui rentre dès que tu ouvres la porte, ce n'est pas facile.*

Médecin 15 : *Ce que je peux leur reprocher, c'est qu'on peut pas les joindre, quoi. C'est la seule chose qui est vraiment pénible, quoi. Quand on a le patient en face de soi, on peut jamais les joindre. Le numéro, c'est jamais le bon, c'est toujours en attente. Quand on a enfin quelqu'un, c'est jamais le médecin, c'est quelqu'un qui prend le message et ensuite, le médecin vous rappelle. C'est-à-dire le lendemain. Le patient, ça fait longtemps qu'il est parti. Enfin voilà, la question elle reste en suspens. Souvent ça traîne, quoi.*

Au total, si certains des médecins interrogés arrivent à travailler en bonne harmonie avec la sécurité sociale, elle est, pour la plupart, un objet de colère et de stress. Les praticiens relèvent une inadéquation entre des objectifs économiques et la prise en charge d'un cas particulier. Cette inadéquation est source d'incompréhension. De plus, les modes de communication actuels entre médecins conseil et généralistes ne semblent pas convenir à ces derniers puisque inadaptés à la logique du terrain.

6. Les répercussions sur la vie extra-professionnelle

De manière quasi-unanime, les médecins interrogés évoquent les difficultés à concilier vie professionnelle et vie personnelle.

Médecin 1 : *C'est plutôt de la lassitude avec des amplitudes horaires qui sont trop importantes et qui ne me permettent pas de pouvoir avoir notamment les soirées que j'aimerais bien avoir à la maison. D'autant plus que j'ai une femme qui fait la même chose que moi et qui est donc inversée par rapport à moi ce qui fait qu'on se croise pas beaucoup dans la semaine.*

Médecin 12 : *On vit de façon bizarre. On n'a pas des vies familiales normales. Enfin, si on peut appeler ça normales. Non, ça c'est sûr. C'est un choix, si on le voulait pas, on faisait autre chose.*

Médecin 13 : *Alors dans le sens ça pèse, c'est vraiment la course après le temps et l'impression de pas avoir le temps de faire grand-chose à côté. Ça, c'est sûr. Peut-être parce qu'effectivement, les enfants nécessitent encore pas mal de présence, et tant mieux. Mais, c'est sûr que le soir quand on rentre, que t'as posé tes fesses, t'as pas envie de sortir faire du sport, t'as pas envie (rires) de te lancer dans une activité quelconque manuelle ou autre. Et globalement, les semaines défilent, ouais, ça c'est sûr.*

La difficulté de trouver un équilibre entre les deux engendre un stress et une fatigue largement évoqués au cours des entretiens.

Médecin 6 : *Il y a les courses, le ménage, moi, j'ai des rendez-vous perso aussi, médecins, voilà quoi, il y a tout ça à gérer. Moi, j'ai personne qui me fait mes courses, personne qui me fait le ménage, t'es obligé de te prévoir ça et puis j'ai des activités sportives à côté aussi donc (...) les jours où je bosse, je peux rien faire de plus.*

Médecin 7 : *Ouais, des fois, je suis épuisée. Des fois, je rentre le soir, mon mari me dit : « on dirait l'ombre de toi-même » parce que je suis complètement pompée, si tu veux.*

Médecin 14 : *Et puis quand t'as tes gamins, (...) ben t'as, la maîtresse qui appelle parce qu'il s'est vautré par terre et qu'il saigne de partout. Ça peut arriver deux fois dans la même semaine, c'est un bonheur... T'as la gastro qui arrive : « Il a vomi partout, là il en a partout, on est à court de culotte Docteur, il faut venir », voilà... (rires). Et t'as tout ça qui tombe au milieu, ça va être pile le jour où tu vas avoir une urgence, où tu seras un peu plus stressée à la base et en fait, moi ce qui me stresse le*

plus, c'est arriver à jongler entre la vie, être une bonne maman et être un bon médecin, une bonne épouse, être bonne partout, ça, c'est le plus dur.

Pour certains des généralistes, une trop grande implication dans le travail a pu avoir des répercussions pratiques et douloureuses sur la vie privée.

Médecin 3 : Je fais partie de la génération des gens qui travaillaient tout le temps. C'est-à-dire que le médecin, il n'avait pas de vie de famille. (...) on était corvéable à merci. (...) au niveau des couples, ça n'a pas été terrible. Ça, ça brise une famille très facilement.

Médecin 5 : Je donnais tout au boulot et pas assez à la famille. Je ramenais que l'énerverment, l'irritabilité, j'étais pas assez présent. Ça, c'est sûr. Pour les enfants, pour ma femme. C'est un gros regret de ma vie.

Médecin 8 : Alors, moi, c'est plus complexe, parce que, en fait, moi, j'étais en FIV. Donc j'ai géré mes FIV (Fécondation in vitro) en même temps. (...) Ça a été difficile, parce que je voulais jongler tout. Les consultations à 7h du matin à Jean Villar, être à 8h30, 9h. (...) L'obstétricien voulait que je m'arrête un peu plus tôt, j'ai dit : « Non. Je ferai des pauses, je prendrai un jeudi, un vendredi, plus fréquemment. » J'ai tenu jusqu'à 15 jours avant le congé...

Quelques uns, pour ne pas arriver à ces extrémités ou, parce qu'ils y sont arrivés, ont fait le choix d'adapter leur vie professionnelle, parfois aux dépens de celle-ci ou d'une meilleure rentabilité financière.

Médecin 4 : C'est un choix d'avoir accepté cette situation là, qui était quand même compliquée sur un plan comptable (...) mais le gros investissement que j'ai fait, c'est ce qui, je pense, me permet de vivre les choses très bien à l'heure actuelle, c'est que je me suis occupée de mes filles.

Médecin 8 : Les formations du soir, ouais, ça c'est fatigant et moi, je peux plus les faire. Parce que, justement, t'as envie de voir tes enfants. (rires). Tout bonnement, j'ai envie de voir mon fils. Je le vois pas assez grandir, et j'ai envie d'être avec lui.

Médecin 11 : J'ai démarré alors que j'avais des enfants en bas âge et que, il fallait bien que je les assume. Mon mari était pas forcément là en semaine, ben, il y a des priorités. (...) Ma vie familiale a peut-être empiété sur ma vie professionnelle. Mais bon, j'étais bien dans ce que je faisais et comme je le faisais.

Médecin 16 : Que la vie comme je la vois, j'ai pas envie de travailler tout le temps. (...) je trouve qu'il y en a beaucoup trop qui sont passés à côté de leur vie personnelle et moi, ça, j'ai pas envie. (...) je pense qu'il y a des moments où on se pose la question de : pourquoi pas un emploi, un salariat. Enfin, sur un court terme où on se débarrasse de tout ce qui est revenu financier, de tout ce qui est comptabilité et de tout ce qui est horaires. (...) c'est un confort qui dépasse largement le rôle pur de médecin généraliste traitant. Donc moi, je pense que c'est une option qui à un moment dans ma vie, pourra être intéressante si l'opportunité se présente.

Lorsque ces adaptations au long cours ne sont pas possibles, les médecins mettent en place des soupapes de sécurité qui leur permettent de décompresser. Celles-ci peuvent être des activités sportives ou des aménagements temporaires de l'emploi du temps.

Médecin 5 : Et effectivement, je sais prendre des moments parfois sportifs dans la journée pour... je coupe les consultations et puis voilà.

Médecin 7 : À un moment donné, quand j'ai senti quand même que j'étais pompée par mon métier un peu trop, je me suis mis des plages en plus de... Je fais du pilat, je m'astreins à m'arrêter, si je dis midi, c'est fini, ben dernier à midi, ça sera fini et (hésitation), j'ai l'impression que je m'enfuis.

Médecin 12 : Il faut avoir des loisirs à côté, et ça va très bien comme ça. Faut avoir une famille équilibrée à côté sinon vous disjonctez, c'est tout. Pas trop picoler, un peu de temps en temps. On se marre

plus. Avant, on faisait des fiestas et on se marrait, maintenant, ça se perd. C'étaient les meilleures façons d'évacuer le stress et les tensions.

D'après les médecins de l'échantillon, l'harmonie entre vie professionnelle et vie privée est délicate à trouver. Il existe, pour beaucoup, un déséquilibre responsable de stress ou de fatigue qui peut avoir des répercussions importantes sur l'une ou l'autre de ces deux vies.

7. Les modes d'organisation du cabinet

L'organisation du cabinet, lorsqu'elle est mal maîtrisée, est une source de stress importante. L'analyse des entretiens montre bien que chaque praticien a une organisation qui lui est propre. Cependant, il est possible d'identifier certaines composantes communes générant du stress.

a) La gestion du temps de consultation et de visite

Nous l'avons déjà vu, le temps des médecins généralistes est précieux. Les médecins interrogés font donc grand cas de la gestion de leur temps. Lors des consultations ou des visites, celle-ci est particulièrement importante puisque c'est elle qui imprime le rythme de travail. Si elle est mal maîtrisée, elle peut être à l'origine d'une grande anxiété pour le médecin et d'une insatisfaction pour le patient.

Médecin 4 : J'ai revu mon organisation récemment parce que comme c'était assez fermé avec les rendez vous, je n'avais pas de possibilité de recevoir les gens à un autre moment. (...) j'ai du mal en plus avec mes activités diverses à respecter les horaires des rendez-vous, les gens ont râlé.

Médecin 10 : Parce que je veux plus avoir 1h30 de retard. Ça, c'était compliqué, me laisser embarquer dans ma consultation. Et c'est encore un truc que je suis vigilant parce que si je me laisse embarquer dans ma consultation, même si c'est passionnant, si tu veux, c'est pas, c'est être contre-productif. Pourquoi ? Pour moi, parce que je me fous la pression connement, je suis moins attentif, c'est moins agréable de bosser dans ces conditions et le patient, à qui j'ai filé 5 recommandations, d'abord, il est noyé. Sur 5, s'il en retient deux, c'est déjà pas mal, et quand il revient, il a fait la moitié du boulot. Donc, c'est pas rentable, ni pour lui, ni pour moi.

Médecin 14 : J'ai vachement de mal à tenir des horaires, tu l'as vu. C'est super dur. Déjà, quand de toute façon, tu commences pas à l'heure, c'est compliqué. C'est viscéral, c'est-à-dire que de toute façon, j'ai du mal à tenir les horaires, ça fait chier mon mari, c'est pas grave. Mais le facteur horaire, pour moi, c'est déjà une galère à la base à la maison alors, imagine au travail. Donc ça c'est un des stress.

Lorsqu'ils se sentent débordés, certains des médecins interrogés essaient d'améliorer les choses afin de se soulager de cette pression.

Médecin 4 : Alors j'ai mis des plages avec et sans rendez vous, donc quand je suis sur rendez vous, je m'évertue à être à l'heure ou à peu près, comme ça tout le monde s'y retrouve

Médecin 13 : Donc, la première chose, c'est que j'ai étendu la durée des consultations parce que moi, un quart d'heure, je sais pas faire. Je suis plutôt bavarde et puis j'aime bien prendre mon temps aussi. Donc je fais 20 min.

D'autres médecins acceptent le retard et choisissent parfois de prendre les devants auprès des patients.

Médecin 3 : Je déteste être en retard dans la vie. Mais je fais ce que j'ai à faire (...) Si je suis en retard, ce n'est pas parce que je suis allé boire le café ou allé discuter dans le couloir, j'ai effectué mon activi-

té comme je pense devoir la faire. (...) je me suis conditionné à ne pas aller trop vite. C'est des choix. Là aussi, en résistant beaucoup contre les demandes.

Médecin 14 : Les patients, quand je signe, je le dis : « Par contre, il y a un truc. Je ne suis pas ponctuelle. Voilà. Donc, si jamais ça vous pose un problème, c'est même pas la peine qu'on signe. » Ils me regardent, ils me disent : « non, non, ça me va. » Je leur dis : « mais, si vous avez un train, quand même, ne prenez pas rendez-vous avec moi. » (rires)

Malgré ces stratégies d'adaptation, il ressort des entretiens que cette planification des consultations reste parfois problématique.

Médecin 9 : Ce qui stresse, pour nous, à l'heure actuelle, enfin on en a discuté avec les collègues, c'est le fait d'avoir des consultations sans rendez-vous. (...) on a trois ou quatre demies-journées par semaines de consultations libres et là, des fois, c'est un peu la folie, quoi. Ça veut dire que les gens arrivent, on dit 19h, des fois, 18H55, il y en a dix dans la salle, tu vas finir à 20h30, 21H. Tu peux absolument pas gérer ton emploi du temps

Médecin 11: Il y a toujours de l'imprévu en médecine générale. Donc, il y a toujours une fatigabilité liée à l'irrégularité du travail. Que ce soit sur rendez-vous ou sur consultations libres. Moi, je fais les deux. Je suis peut-être même plus stressée par les rendez-vous que par les consultations libres. Parce que les rendez-vous, il y a une demande d'horaires précis qui est quasiment intenable.

b) L'informatique au cabinet

Nous l'avons vu dans la première partie de ces résultats, tous les médecins du corpus ont investi dans du matériel informatique. Cependant, la question de son intérêt en termes d'efficacité et de service rendu ne semble pas tranchée. Si certains des praticiens entendus en sont très satisfaits, d'autres restent beaucoup plus réservés.

Médecin 3 : L'avènement de l'informatique m'a plutôt amélioré : il y a des tâches répétitives que je ne fais plus. Je trouve que c'est un confort intellectuel et de sécurisation du travail qui est très important.

Médecin 15 : On gagne du temps, il y a moins d'erreurs parce que sur un papier, il y a toujours soit une rature, soit un truc qui a pas bien été lu, soit le patient a pas rempli son truc. La sécu, souvent les caisses renvoient le papier parce que l'accident du travail, le patient n'a pas rempli son numéro enfin c'est... Là, il y a pas de source d'erreur possible, c'est télétransmis, on a un accusé réception, si on a un problème, et ben, dans ce cas là, c'est la sécu qui gère le problème puisque c'est un problème de télétransmission. Moi, je trouve que c'est très confortable et on devrait tous l'utiliser plus.

Médecin 6 : Mais par contre, au niveau temps, c'est beaucoup plus long de faire un arrêt informatisé que de faire un arrêt papier à la main où ça prend dix secondes. Donc, tu vois, sur une consultation, faudrait chronométrer, tu prends un papier, le papier il est fait en 30 secondes. L'informatique, il faut se reconnecter à chaque fois, le taper, l'imprimer, l'informatique, c'est 5, 6 min pour faire un arrêt.

Médecin 7 : On a un système informatique qui est pour moi, (...) Bon, c'est vrai que si je fais des efforts, je vais y arriver (...) Maintenant, si tu veux, moi j'ai pas vécu avec tout le temps, et c'est vrai que, en tout cas, moi des fois, ça peut être un peu lourd.

Médecin 11 : L'informatique est une source de stress énorme quand on n'a pas un outil qui est évolutif. La problématique, c'est l'évolutivité de tous ces outils et vous avez un truc qui marche bien, 9 mois après, il faut que vous rajoutiez quelque chose, ça je pense que ça rajoute beaucoup de « techno-stress ».

Le bénéfice de l'informatique sur le stress des médecins interrogés est donc discutable. Il est clair que pour certains, il est responsable d'une perte de temps mais également d'anxiété.

c) Le secrétariat

Lorsque les médecins interrogés ont un secrétariat, il apparaît très vite que celui-ci est un confort.

Médecin 4 : *Elle fait des choses, elle fait le ménage, elle prend les appels. C'est du temps vraiment qu'on n'a pas à faire déjà, et c'est agréable qu'elle puisse prendre les appels. Donc ça c'est un super confort*

Médecin 5 : *Et, je n'ai pas ce stress, pourquoi, parce que j'ai un secrétariat ! Alors là, clairement ! J'aurais les patients au bout du fil mais alors là, je craquerais, j'en suis sûr.*

Médecin 6 : *Déjà, regarde, y a en moyenne 25, 30 rendez-vous par jour, rien que d'appels pour les rendez-vous, plus toutes les ordonnances que les filles font, enfin tu peux pas gérer, quoi. C'est ingérable de pas avoir le secrétariat, tu peux pas te le permettre. Ça veut dire tu peux pas bosser...*

Médecin 13 : *Le téléphone, c'est le confort des secrétaires, quand même qui s'occupent beaucoup du téléphone*

Un seul des médecins interrogés ressent la présence d'un secrétariat comme une source de stress. Il dit être mis en difficultés par les secrétaires.

Médecin 3 : *C'est vrai qu'une secrétaire qui a pris une visite vous a engagé pénalement donc j'ai beaucoup de mauvaise humeur affichée envers le secrétariat pour qu'elles comprennent qu'il y a le possible, le réalisable et l'irréalisable. Donc me mettre dans une situation de soins irréalisable, c'est dangereux pour moi, dangereux pour le patient. C'est inadmissible de me mettre dans une situation de stress. (...) j'essaie de limiter de toutes mes forces contres les prescriptions complaisantes du secrétariat qui ont beaucoup de difficultés à dire non.*

d) Le travail en groupe

Là aussi, d'après les médecins interrogés, le travail en groupe n'est pas systématiquement associé à une baisse du stress. Certains y trouvent un grand soulagement, notamment parce qu'ils savent que lorsqu'ils ne sont pas disponibles pour voir un patient, un confrère pourra y palier.

Médecin 1 : *Le fait de travailler en groupe me permet de savoir qu'il y aura toujours quelqu'un qui pourra répondre aux appels de mes patients. Donc quand je ne suis pas au cabinet, je ne me préoccupe pas de ce qui se passe au cabinet.*

Médecin 14 : *Je veux pas entendre que je suis jamais là, on travaille tous ensemble, j'ai une remplaçante, si c'est pas une remplaçante, c'est un collègue, moi je vois les patients de mes collègues, mes collègues voient mes patients, et c'est pas un problème au niveau des remboursements.*

Par ailleurs, et nous l'avons déjà abordé, il semble que pour certains, le regroupement favorise les rapports entre confrères et les autres professionnels de santé. Il est alors considéré comme le garant d'une certaine compétence médicale.

Médecin 1 : *C'est tout l'intérêt aussi du cabinet de groupe qui n'est pas qu'une gestion. On peut parler entre nous, confronter nos problématiques et essayer de voir si on n'a pas d'autres solutions.*

Médecin 8 : *J'aime bien travailler en groupe, parce que j'aime bien travailler avec les kinés. Pour avoir fait du SSR, c'est quelque chose je conserve en fait. J'aime bien ça, en fait.*

Médecin 13 : *J'avais envie qu'il y ait un peu la même tranche d'âge et puis qu'il y ait des affinités autres que essentiellement, des échanges professionnels qui sont quand même importants parce qu'on a toujours besoin de discuter de cas qui nous embêtent ou de cas où l'on sèche ou des choses comme ça.*

A contrario, c'est parfois cette vie en communauté qui est reprochée aux cabinets de groupes.

Médecin 8 : *Et puis, c'est fatigant parce que tu as les doléances du personnel, les doléances des praticiens et qu'il faut savoir jongler avec ça et ça, on n'a pas la formation de DRH...*

Médecin 14 : *Et après, dans les facteurs de stress, ben oui, le fait d'être en communauté. Parce que ben quand t'es tout seul, t'as le stress de devoir tout assumer mais quand t'es à plusieurs, bah, t'as la tête du voisin qui te convient peut-être pas, t'as machin qui se fâche avec bidule, t'as truc qui couche avec machin (rires), je n'en dis pas plus. Voilà, tout ça fait que la vie en communauté...*

Concernant les médecins exerçant seuls, il faut entendre que deux d'entre eux souffrent de solitude.

Médecin 11 : *On se retrouve toujours très seul. En fait, c'est se retrouver très seul face à des demandes anxieuses ou des demandes difficiles.*

Médecin 12 : *Vous êtes tout seul confronté aux situations qu'il faut gérer tout seul. (...) c'est raide des fois, d'être tout seul, travailler jusqu'à plus d'heure...*

En dehors des relations entre confrères, le point de vue d'un des médecins est de dire que le regroupement des professionnels est dangereux car à l'origine d'une déresponsabilisation du praticien. Il amène à une prise de décision collégiale qui est une manière de se dédouaner en cas d'erreur.

Médecin 12 : *En médecine, même en médecine générale, on dit : « il faut s'associer, machin, truc. » Il faut faire gaffe. C'est une dilution de la responsabilité, ça. C'est vous le chef, c'est vous le patron. Vous êtes libre de faire des conneries, c'est comme ça. Mais en même temps, les gens ils viennent vous voir pour vous.*

Ainsi, le regroupement n'apparaît pas forcément comme un facteur protecteur du stress. Il ressort des entretiens qu'il a l'inconvénient de son avantage, à savoir, la vie en communauté.

e) Le cadre juridique

Le seul cas abordé ici est celui de la société civile de moyens (SCM). En effet, parmi les médecins interrogés, ceux qui travaillent dans un tel cadre sont tous en SCM.

Globalement, il apparaît que la SCM entraîne une charge de travail supplémentaire. La gestion en étant la cause.

Médecin 2 : *Après, en plus je m'occupe de la SCM, oui, c'est du travail, c'est pas rien, voilà.*

Médecin 8 : *Et en plus, ton travail que tu fais au sein de la SCM, après, tu le rapportes à la réunion de la SCM, avec tout le monde. Donc tu as le droit aussi à donner des explications et à t'en prendre dans la tête, s'ils sont pas d'accord.*

Médecin 9 : *Il y en a un qui est responsable, c'est une responsabilité personnelle. Donc, celui qui est responsable pour les comptes, il est responsable de la bonne tenue des comptes.*

Médecin 13 : *Ça rajoute forcément avec la SCM et un peu la SCI parce que maintenant, on a quelques parts dans la SCI donc avec des réunions ou des tâches à assurer. Je suis déléguée au ménage (rires) avec des réunions ménage. Donc forcément, ça en rajoute un peu.*

Un médecin rappelle que la SCM permet de répondre à certaines obligations juridiques.

Médecin 9 : *La SCM permet tout de même de répondre à certaines obligations. Je pense qu'à partir du moment où tu fais un contrat de travail, il te faut une identité réelle, quoi. Sans ça, si tu es condamné aux prudhommes, qui paye ? Nous, on a payé 20 000 euros. A partir du moment où tu as un salarié, tu risques très gros.*

Au total, les généralistes interrogés sont partagés sur les formes d'organisation du cabinet. Il est difficile d'isoler des points de consensus sur le stress engendré par tel ou tel item de cette organisation. Il semble que chacun de ces points, suivant le médecin concerné, peut être responsable de stress, ou au contraire, d'un allègement du stress.

8. L'avenir de la profession

Il transparait très nettement au travers des discours des médecins interrogés, une vive inquiétude sur l'avenir de la profession. Cette inquiétude se cristallise dans la loi santé.

Pour comprendre les revendications des praticiens, il faut savoir que les 13 premiers entretiens se sont déroulés avant le 22 janvier 2016 et la rectification du projet de loi par le conseil constitutionnel. En effet, à cette date, le Conseil Constitutionnel a décidé que le tiers-payant ne serait pas obligatoire sur la partie remboursée par les complémentaires santé.

Malgré cette rectification, nous avons décidé de présenter la totalité des résultats tels qu'ils apparaissent dans les entretiens. Cette décision trouve deux explications. Tout d'abord, la rectification ne touche qu'une partie du projet de loi. Nous le verrons, l'obligation du tiers-payant sur la part complémentaire n'est pas la seule chose qui heurte les médecins. De plus, nous ne voulions pas perdre toute la cohérence interne des discours en découpant exagérément les propos des médecins.

Cette loi de santé semble donc à l'origine d'une grande inquiétude chez les généralistes interrogés. Celle-ci est ressentie par la quasi-totalité des interviewés.

Médecin 4 : Je suis comme beaucoup, très inquiète de l'évolution par rapport au tiers-payant, sur tout ce qui est le système de soins, ce que ça va devenir, la mutualisation etc etc...

Médecin 8 : La loi me stresse beaucoup, la loi me stresse énormément. (...) mais le stress qui monte de notre avenir, finalement, me dit que parfois, j'aimerais bien chercher autre chose.

Les raisons de cette inquiétude sont multiples. En premier lieu, les médecins craignent que la généralisation du tiers-payant ne soit une porte ouverte au consumérisme médical en déresponsabilisant le patient vis-à-vis de l'acte médical et du coût des soins.

Médecin 6 : Alors, ça m'inquiète dans le sens où les gens ne vont plus du tout être responsabilisés par rapport à l'acte médical.

Médecin 13 : À partir du moment où ils vont plus avoir à régler... Déjà, ils viennent pour pas grand-chose la plupart du temps, là, je pense que ça va complètement déraiser et surtout, ça fera pas venir les gens qui ont besoin de plus venir.

Médecin 16 : Ce côté gratuité des soins, consommation des soins, d'actes, je trouve que c'était pas une bonne idée parce que déjà, les gens ont l'impression que c'est des clients et pas des patients. (...) c'est quelque chose que je n'imaginai pas ou que je voulais pas et voilà.

La disparition de cette relation financière entre les patients et le médecin entraîne d'autres préoccupations. Les médecins interrogés ont peur de se retrouver sous la coupe de la sécurité sociale et des mutuelles puisque tributaires de leurs versements. Ils redoutent alors d'être assujettis à une logique commerciale et de rendement.

Médecin 9 : Je suis pas d'accord d'avoir à faire aux mutuelles. Je veux pas avoir à faire aux mutuelles. Je veux pas avoir à faire à des entreprises commerciales.

Médecin 12 : Là, l'évolution, c'est qu'on va être pieds et poings liés à la caisse, un peu, on est relativement beaux gosses. Mais quand le jour où ça va passer sur les mutuelles, là, je vous raconte pas. Là, faudra justifier tous vos actes. Une mutuelle remboursera le beurre pour le cholestérol mais si vous

avez une entorse de genou : « Vous voulez une IRM ?, ah non ! », ce sera pas pris en charge. Ou chimiothérapie à partir de tel âge, si les statistiques disent le contraire, ben, pas de prise en charge. Ce sera ça les mutuelles. Voilà ce qui nous attend.

La conséquence de cette évolution serait, d'après certains, une déshumanisation de la médecine. Le versant administratif prendrait le pas sur le côté relationnel.

Médecin 9 : Demain, ça sera de la médecine administrative, ce seront des usagers qui viendront les uns derrière les autres. Que se soit tel médecin ou tel patient, ça changera rien, quoi. On sera un guichet de poste, quoi. C'est ce côté-là qui fait que...

Médecin 11 : Et je pense que là, en l'occurrence, on risque de transformer la médecine générale aussi en ne traitant que des dossiers, en essayant de hiérarchiser les tâches pour rendre utiles les tâches et pas avoir le contact avec les patients.

De façon plus pratique, les médecins interrogés redoutent un surcroît de la charge de travail, notamment sur le plan administratif.

Médecin 8 : Et puis, les problèmes de mutuelles, vérifier tout le temps, on va être obligé de prendre une secrétaire que pour ça ! Donc, ça fait une charge en plus. Ou alors, il y en a une qui va faire que ça et l'autre sera en charge que du téléphone. Donc, ça implique des modifications de secrétariat, de fonctionnement.

Médecin 11 : Ce qui me pose problème, le plus, c'est que ça va être la gestion avec les mutuelles. Rajouter du travail administratif qui a déjà beaucoup augmenté. Et puis, (hésitation), ben, rendre des comptes. Et travailler d'une certaine manière avec les mutuelles.

Cette loi santé et l'incertitude qu'elle véhicule quand à l'avenir de la profession, sont donc des sources majeures de stress. Les médecins interrogés sont inquiets. Ils redoutent une évolution de la médecine générale vers une déshumanisation. Le tiers-payant généralisé, en facilitant les comportements de consommateurs, serait un vecteur de cette déshumanisation. Par ailleurs, ils craignent de perdre de leur indépendance et d'entrer dans une logique commerciale inadaptée à la prise en charge d'un patient particulier.

9. Les relations avec les confrères

Il ressort de l'analyse des entretiens que, globalement, les rapports entre confrères sont faciles et de bonne qualité. Les médecins généralistes interrogés se sentent, pour la plupart, soutenus par leurs confrères spécialistes libéraux. Le secteur hospitalier semble un peu moins simple d'accès mais sans toutefois engendrer de grosses revendications.

L'importance d'un bon réseau est soulignée. Il simplifie les prises en charge en ayant recours rapidement à un avis spécialisé.

Médecin 1 : Après, j'ai mon réseau de spécialistes avec qui je travaille. C'est facile, simple, ils répondent toujours. Enfin s'ils ne répondent pas, je ne les appelle plus...

Médecin 14 : Je pense que, sans le vouloir, j'ai un pote dans chaque spécialité. Et alors, ça c'est cool d'avoir un pote cardio, d'avoir un pote diabéto.

Médecin 15 : Moi, j'ai un très bon réseau. Ici, on est vraiment, on a de supers cardiologues, on a des cliniques à côté, le CHU, enfin, je veux dire c'est le bonheur. (...) En plus, ils sont quand même très nombreux donc si on veut un avis ou une consultation rapidement, on l'a.

Nous pouvons toutefois souligner quelques regrets rapportés par les interviewés.

De façon ponctuelle, les rapports entre confrères exerçant au sein d'un même cabinet peuvent être quelque peu difficiles, nous l'avons déjà vu.

Médecin 6 : *Au sein du cabinet, tu es au courant de la situation (un médecin avec qui ça se passe très bien, un médecin avec qui les relations sont conflictuelles). Après, c'est important de faire gaffe quand tu t'associes. On connaît pas forcément les personnes.*

Médecin 8 : *Il y en a qui ne se rendent pas compte de la véhémence de leurs propos. Ils sont tellement persuadés de leur bon sens qu'en fait, ils ne se rendent pas compte qu'ils peuvent être violents.*

Concernant les médecins généralistes libéraux dans leur ensemble, deux médecins se plaignent d'un manque de vision globale sur l'avenir. Ils déplorent que ce corps de métier ne soit pas plus solidaire, avec des projets et une idée de la médecine générale communs.

Médecin 5 : *Ce qui met un petit bémol, c'est la difficulté à remuer les médecins du coin pour ce pôle qui pourrait être quand même sympa (...) je suis un peu déçu par ce manque d'entrain de mes collègues. Et l'envie de travailler ensemble, parce que si on a tous le même logiciel, bon alors après, je peux comprendre que chacun a ses freins...*

Médecin 7 : *J'ai l'impression qu'on n'est pas du tout réactif ou en tout cas, entre médecins, on se parle pas assez ou quand on se parle c'est... Je sais pas, on aime bien se retrouver, en tout cas, moi, j'aime bien me retrouver avec mes confrères, mais, on se parle pas assez (hésitation), justement, dans ce sens là, quoi. Je sais pas moi, la rémunération, ce qu'on a envie de faire, je sais pas, c'est important, quoi. Pas de projection d'avenir. Ça, je trouve ça un peu dommage. On est très individualiste, et surtout les médecins de ville.*

Concernant l'accès aux spécialistes de ville, peu de plaintes sont identifiées au cours des entretiens. Seul, un médecin leur reproche une sur-spécialisation qui met un barrage entre le généraliste et le spécialiste.

Médecin 11 : *Mais le nœud du problème, c'est quand même qu'on se retrouve avec des spécialistes qui ne sont plus accessibles parce qu'on a des spécialistes hyper spécialisés et donc finalement, la bobologie ne les intéresse plus. Qu'est-ce qui pose problème au quotidien ? C'est la bobologie qui souvent, masque les choses plus importantes. Et que parfois, on a besoin d'un regard spécialisé pour dire ben non, finalement, vous avez bien géré, ou effectivement, il faut aller plus loin. Et qu'à partir du moment où nous on se pose la question, on devrait, au moins, avoir la réponse de quelqu'un qui voit le patient. Et ça, ça devient de moins en moins fréquent.*

Bien que peu fréquentes, les plaintes les plus récurrentes concernent le secteur hospitalier. Deux points de désagrément sont soulignés : une accessibilité peu aisée et des relations difficiles avec les confrères urgentistes.

Médecin 2 : *Le CHU oui, c'est euh, compliqué de les avoir ou d'avoir des courriers, ça souvent c'est ce qui peut être handicapant.*

Médecin 5 : *C'est parfois les retours des urgences, parfois. Avec des médecins qui peuvent faire des commentaires désobligeants, enfin, pas très confraternels. Ça c'est plus embêtant mais c'est rare.*

Médecin 8 : *Après, la grosse difficulté qu'on a maintenant, c'est avec les urgences. Là, vraiment, ça devient très complexe, les urgences. Les urgentistes ne sont pas toujours courtois. Mais je vais te rapporter les propos de mes patients, c'est qu'ils sont inefficaces et que, en fait, ils renvoient les patients au domicile et puis après : « vous verrez ça avec votre médecin traitant. »*

Médecin 11 : *C'est ce qu'on voit face à l'hôpital, c'est-à-dire que si nous, on arrive plus à joindre l'hôpital, c'est parce que les hospitaliers, ils se mettent des protections pour pas qu'on les joigne, et on peut plus les joindre. Donc nous, ça nous met à l'inverse un stress important parce qu'on ne peut plus les joindre donc, ça nous prend une énergie énorme. (...) C'est aberrant de devoir envoyer quel-*

qu'un aux urgences alors qu'il est suivi par des services hospitaliers qui ne peuvent pas le prendre en charge. C'est aberrant. Et oui, là, on se sent seul.

Un élément est à noter car abordé à plusieurs reprises : le fait d'être maître de stage semble être un facteur de bien-être pour le généraliste enseignant. Les médecins qui abordent le sujet semblent apprécier ce compagnonnage et expriment parfois qu'il est le vecteur d'une baisse de la pression durant les consultations.

Médecin 2 : J'ai de bons stagiaires. Non mais c'est vrai, j'aime bien.

Médecin 5 : Alors avec les internes, oui, tu parlais de stress, ça l'a diminué, beaucoup (...) ce partage, cette possibilité de parler des cas avec un éclairage nouveau, des idées, c'est très confortable. C'est moins de stress aussi durant ma consultation de la journée parce que c'est des choses qui sont partagées.

Médecin 10 : C'est le deuxième semestre que j'ai un SASPAS. Je bosse lundi, mardi, mercredi, et le SASPAS, il fait jeudi, vendredi matin ou vendredi, jeudi matin, moi, je suis en week-end mercredi soir, donc, il y a pire.

En définitive, en-dehors de regrets relativement isolés, les relations avec les confrères semblent être plutôt faciles. Le monde hospitalier inspire tout de même quelques critiques avec une accessibilité qui n'est pas toujours évidente.

Pour les maîtres de stage, la présence d'un interne est vécue comme une amélioration des conditions de travail.

10. Les représentations du métier

Il apparaît au fil des entretiens, que les médecins interrogés ont une certaine représentation de leur métier, variable de l'un à l'autre mais, avec une pensée commune. Ils parlent de devoirs envers leurs patients, avec obligation d'y faire face. Même si leurs prises en charge sont parfois difficiles et coûteuses (physiquement, psychologiquement et parfois financièrement).

Médecin 3 : Alors ce n'est pas rentable du tout : une visite c'est du temps de trajet pour 33 euros. (...) Néanmoins, c'est quand même le rôle du médecin d'aller voir les personnes âgées alors là on n'est plus dans une évaluation comptable, et une recherche... on est en train de faire son métier. On est face à des gens malades dans des zones de grand besoin.

Médecin 11 : Moi, je suis peut être une ancienne génération, mais je pense que le travail du médecin, c'est pas rendre que des comptes à la sécurité sociale, si on a une demande, et on n'écoute plus la demande du patient. Il nous donne un symptôme et c'est pas forcément ce qu'il a derrière, et il le sait même peut-être même pas lui, et si on voit pas, si on l'observe pas, si on l'écoute pas, on aura pas ce qu'il a besoin. (...) je pense que la personne à qui on doit rendre des comptes en priorité, c'est le patient.

Médecin 14 : Une prise en charge compliquée, compliquée niveau hygiène, mais qu'est-ce que tu peux faire d'autre. C'est aussi accepter les conditions de vie du patient. Il y a des endroits où tu vas, tu peux pas poser ta sacoche. Ben oui, c'est dur, ben, faut le dire. Moi, j'ai fait des conseils nettoyage...

Médecin 16 : C'est jamais agréable, tout ça, mais, c'est ça, ça fait partie de notre travail. C'est ça, c'est à nous d'essayer de bien transmettre ou de faire le mieux possible voilà. Mais pour moi, ça fait partie du travail. Donc, bien sûr, on va pas dire que ça pèse pas enfin, c'est pas peser le mot, c'est un moment qu'on apprécie pas. Mais de toute façon, il y a pas d'autre personne que nous pour le faire. Donc on doit le faire et on fait avec.

Médecin 16 : Je considère que quand t'es médecin, tu te dois d'être là pour tes patients.

Cette notion de devoir est donc relativement forte. Selon les propos relevés ci-dessus, elle semble participer à l'acceptation d'une charge de travail pénible. Dans ce sens là, elle est une source de stress.

11. La peur du désamour

La peur de perdre sa patientèle ou de ne plus être aimé d'elle revient à plusieurs reprises dans le corpus d'entretiens. Les interviewés expriment en effet la crainte, qu'ils disent parfois, irraisonnée, de voir leurs patients les quitter.

Médecin 2 : Il y a toujours la crainte... même si objectivement, je pense qu'elle est infondée mais de, effectivement, avoir moins de patients, avoir moins de monde... Pour moi en tout cas.

Médecin 4 : J'avais peur que les gens viennent moins.(...) Pour de multiples raisons : peut être que les gens, ils préfèrent aller ailleurs, où il y a peut être plus de disponibilité.

Médecin 7 : Le côté empathique qu'on a, l'empathie c'est aussi se faire aimer, donc, ça fait partie de notre côté empathique...

12. Le souci de transmission

Un médecin évoque le souci de transmission de cabinet et de patientèle. Il s'inquiète pour sa propre succession mais aussi pour celle de ses confrères géographiquement proches. En effet, s'ils ne sont pas remplacés, il y aura une répercussion sur la charge de travail des médecins en place.

Médecin 6 : Ça va être de pire en pire avec le pôle de santé pluridisciplinaire. Là, ça va être 8h-20h, plus la garde derrière. Là, ça va être dur. Je sais que ça va être des journées très dures, quoi. Mais c'est le seul moyen d'arriver à appeler des jeunes pour plus tard. S'il n'y a pas d'organisation des soins, les jeunes ne viendront pas s'installer à la campagne, il faut pas se leurrer. (...) Ce qui m'inquiète, c'est qu'il y a beaucoup d'anciens qui vont partir et qu'on n'a rien derrière. Moi, je suis jeune. Il y a personne pour prendre la relève.

Au total, l'analyse des entretiens identifie de nombreux risques psychosociaux liés au travail des médecins généralistes. Ces risques n'impactent pas les médecins de la même façon. Chacun semble plus ou moins sensible à tel ou tel facteur d'exposition. Il est toutefois possible d'identifier des points de convergence. Certains, comme la charge de travail, les difficultés relationnelles avec les patients ou la difficulté à trouver un équilibre entre vie professionnelle et vie privée étaient attendus aux vues de la littérature. Cependant, des thèmes émergent avec force alors que la littérature semblait peu prolifique sur le sujet. Nous citerons l'exemple de la rémunération et de l'avenir de la profession.

Plusieurs éléments fournissent des pistes de réflexion sur la question de l'acceptation de ces risques par les médecins généralistes. La notion du devoir ressort fortement.

Nous allons voir dans le chapitre suivant qu'au-delà de la notion de devoir, les médecins généralistes interrogés sont satisfaits de leur métier.

C. SATISFACTION

Les médecins interrogés sont tous satisfaits de leur métier.

Les motifs de satisfaction sont nombreux. Les médecins évoquent notamment, le plaisir des relations humaines.

Médecin 4 : *Nous, on a quand même la chance de rentrer dans l'intimité des gens et des familles : et d'avoir une place dans les familles (...) j'ai réussi, je pense, à instaurer une relation avec mes patients et ça, c'est irremplaçable.*

Médecin 5 : *Donc, j'aime le contact, j'aime bien mes patients. Voilà, et j'aime bien mes journées. C'est pour ça aussi que parfois, j'accepte d'y rester un petit peu plus.*

Médecin 7 : *Mais en fait, on touche à l'humain tous les jours, moi je trouve ça génial. Alors après c'est génial mais aussi (elle souffle), ça peut être pompant.*

Médecin 13 : *Alors moi, la relation avec les gens, ça me va. C'est vraiment quelque chose qui...*

Ils soulignent également la gratification qu'ils ressentent ou qu'ils reçoivent à aider leurs patients.

Médecin 2 : *Voilà, je me dis toujours que c'est un métier où tu as 20 fois par jour quelqu'un qui te dit merci, il n'y a pas beaucoup de métiers où c'est comme ça. (rires)*

Médecin 3 : *Le fait qu'une personne soit arrivée en fin de vie, que la famille a participé à toute l'élaboration des soins de fin de vie, que cette personne est partie de façon paisible et que ces gens, je peux les rencontrer, même si ce n'est pas des patients, mais qu'il y a, on va dire, une poignée de mains chaleureuse, je suis satisfait. (...) C'est une aide à la vie, et aussi une aide à la fin de vie. Je suis absolument ravi de faire ce métier là...*

Médecin 5 : *Mais je suis content d'apporter quelque chose aux autres. Oui. C'est valorisant. Ça donne un sens et je pense que ça, ça m'aide plus que ce que je ne le crois.*

Médecin 8 : *Je suis satisfaite quand ça marche. Et puis quand les gens sont contents, qu'on voit que... Parfois, c'est pas forcément parce qu'ils vont t'apporter un gros cadeau, voilà. C'est le dessin du gamin, c'est un truc bête mais, c'est bien. C'est une satisfaction personnelle.*

Médecin 13 : *Et puis bon, quand même, avec cette idée de faire du bien. On fait pas médecine par hasard, je pense. Parce que c'est pas juste pour payer l'URSSAF et la CARMF...*

D'autres motifs de satisfaction peuvent être cités mais moins consensuels. Certains évoquent la variété du travail, d'autres, une forme de plaisir intellectuel.

Médecin 2 : *Je trouve qu'on a cette chance de pouvoir varier, de pas être dans une routine, si on ne veut pas être dans une routine.*

Médecin 3 : *Il (le métier) me plaît d'un point de vue intellectuel, c'est une remise en question permanente. (...) Mon métier de médecin, je le vis comme une enquête et c'est vrai que le côté très intellectuel m'intéresse beaucoup.*

Médecin 7 : *Moi je pense que la médecine générale, c'est encore un beau métier qui est riche et qui nous amène à côtoyer plein de monde, à s'ouvrir à plein de choses et pour moi, c'est très riche.*

Les motifs de satisfaction sont donc nombreux et variés. Les médecins interrogés exercent leur travail avec plaisir.

Médecin 3 : *Grosso modo depuis 19 ans que je travaille je n'ai jamais eu de problème pour partir travailler le matin. Je pense que j'ai réussi à instaurer avec les gens une relation d'intimité avec la plupart en tous cas, pas pour tous.*

Médecin 5 : *Je me dis que je suis à 15 ans de la retraite, peut-être, un peu moins, ben si ça continue comme ça, je suis ravi.*

Médecin 11 : *On peut pas être content tout le temps. Mais globalement, oui. Au point que je me suis dit ce week-end, et même hier soir, mais qu'est-ce que je vais faire si un jour je m'arrête ? Alors peut-être, je me suis laissée bouffer par mon métier (rires).*

Il est clair que les médecins généralistes interrogés sont satisfaits. Ils aiment leur métier et en retirent une certaine reconnaissance, relative à l'idée d'aide envers le patient. S'investir dans la relation humaine semble être un vecteur majeur de cette satisfaction alors même qu'elle est citée comme l'une des premières sources de stress du métier.

Ce paradoxe interroge et ce sera là l'une des questions de notre prochaine partie.

DISCUSSION

A. L'ÉTUDE

1. Le choix de la méthode qualitative

L'utilisation de la méthode qualitative apparaissait la plus adaptée à la réalisation de cette étude. Elle offrait en effet la possibilité de verbaliser un ressenti, indispensable pour cette analyse. Il s'agissait là de comprendre ce qui, dans le travail de médecin généraliste, pouvait être à l'origine d'un stress, quel qu'il soit. Le champ laissé aux interviewés devait donc être le plus large possible.

Par ailleurs, partant de peu de données, il ne fallait pas omettre un risque psychosocial que nous aurions pu ne pas envisager au préalable. Ce point est de ce fait vérifié par l'émergence de thèmes tels que les représentations du métier ou la peur du désamour.

La littérature étudie peu les risques psychosociaux des médecins généralistes. Le panel des cinq régions de la DREES (38) offre quelques perspectives, et notamment chez les généralistes des Pays de La Loire, en rapportant les réponses des médecins interrogés au modèle de Karasek.

L'Inserm (76) et le collègue d'expert (131) ont fait d'importantes recherches sur les risques psychosociaux chez les indépendants. Nous y avons largement fait référence. Cependant, ces travaux ne sont pas spécifiques aux médecins généralistes libéraux.

Les nombreuses études menées sur les troubles de la santé mentale (principalement le burn out) des médecins généralistes libéraux, proposent bien sûr des pistes de réflexions sur le stress de ces professionnels. Cependant, le problème n'est pas abordé ici sous le même angle car, si le stress chronique peut avoir pour conséquence des troubles de la santé mentale, notre travail en recherche la cause.

Les nombreux travaux menés auprès des salariés proposent des modèles de mesure quantitatifs des risques psycho-sociaux. Nous nous en sommes inspirés pour réaliser notre guide d'entretien et, par la suite la grille d'analyse. Cependant, il n'est pas possible de transposer ces modèles validés chez les salariés aux travailleurs indépendants. Le changement de référentiel pourrait alors être source d'erreur.

Au total, la méthode qualitative paraissait tout à fait indiquée à ce travail.

2. Le questionnaire quantitatif

Ce questionnaire constitue en quelque sorte, la carte d'identité du médecin interviewé. Il permet, en-dehors du sexe et de l'âge, de savoir, lorsqu'un médecin est cité, dans quel contexte professionnel s'inscrivent ses propos.

Les items abordés ont été choisis à la lumière de la littérature. Ils sont régulièrement cités dans les études sur l'organisation du cabinet ou l'emploi du temps des médecins généralistes (2,55,60,61). Leur sélection n'a pas été arbitraire car réalisée dans un souci de pertinence, mais elle laisse la place à une subjectivité inévitable.

Certaines des données apportées par ce questionnaire présentent peu d'intérêt suite à notre analyse. C'est le cas du nombre annuel moyen de gardes ou du volume d'activité.

Concernant le nombre annuel moyen de gardes, nous avons pensé que les problèmes de la permanence des soins et du nombre de gardes seraient évoqués par les médecins interrogés. Ce thème ou sous-thème était répertorié dans le guide d'entretien. Or, au cours des entretiens, il est apparu que le fonctionnement des généralistes n'était pas modifié par cette question de la permanence des soins. Cela peut s'expliquer par le fait que la plupart des médecins interrogés exercent dans une zone où les gardes ne sont pas obligatoires. La prise de ces gardes repose donc sur du volontariat. Dans ces conditions, il semble logique qu'elle ne pèse pas sur les médecins interrogés.

Concernant le volume d'activité, nous avons envisagé que selon le nombre de consultations ou de visites réalisées, nous pourrions percevoir une différence dans le niveau de stress rapporté par les médecins. Très vite, nous avons compris que la méthode utilisée ne permettait pas de répondre à une telle hypothèse. Par ailleurs, nous avons eu des difficultés à recueillir ces données et, elles restent incomplètes.

Malgré ces constatations, nous avons pris le parti de présenter la totalité des résultats, par souci d'exhaustivité.

Dans ce questionnaire, nous ne nous sommes pas intéressés au lieu d'exercice. Cet item a cependant été envisagé. Mais, lorsque nous avons étudié le zonage de l'INSEE défini par le code officiel de géographie (5), il est apparu que les communes dans lesquelles exerçaient les médecins interrogés appartenaient à un même grand pôle. Il ne semblait donc pas intéressant de discriminer les médecins interrogés par l'emplacement géographique de leur cabinet. Nous verrons par la suite que ce manque de diversité de l'échantillon peut-être à l'origine d'un biais de sélection.

3. Le guide d'entretien

Initialement, les thèmes et sous-thèmes abordés au cours des entretiens ont été envisagés à la lumière de la littérature. Cependant, nous avons tenu à ce que ce guide soit réévalué et, si besoin, retravaillé à l'issue de chaque entretien. Le but était de coller au plus près du discours des interviewés. Ainsi, les thèmes de la rémunération et de l'avenir de la profession ont progressivement fait surface.

Certains des thèmes ont été formulés et pensés dans le but de se rapprocher de conceptions théoriques déjà reconnues. Les modèles de Karasek et de Siegrist ont été des sources d'inspiration. Nous l'avons déjà dit, ces modèles ne se prêtent pas strictement à l'étude des risques psychosociaux chez les indépendants. Les questionnaires existants ne peuvent pas être utilisés en l'état. Cependant, il paraissait licite de conserver des structures de pensées déjà éprouvées pour conforter l'intérêt de cette étude. Ainsi, au travers du guide d'entretien, les notions de demande psychologique, de latitude décisionnelle et de soutien social étaient évaluées. De la même manière, le concept effort-récompense de Siegrist était abordé par l'étude de la satisfaction des médecins.

Toutes les thématiques traitées ne peuvent pourtant pas être rapprochées de ces modèles. Leur interprétation repose alors essentiellement sur un ressenti de l'enquêteur. Nous y reviendrons.

4. Le recrutement des médecins

L'étude qualitative ne cherche pas un recrutement aléatoire puisqu'elle ne s'efforce pas d'être représentative. Cependant, et de surcroît lorsqu'elle est à visée exploratoire, l'idéal est d'obtenir un échantillon le plus diversifié possible afin de permettre la plus grande exhaustivité sur le sujet traité.

Pour cette étude, nous pouvons regretter l'absence de diversité concernant le lieu géographique d'exercice des médecins interrogés. Il s'agit là d'un biais de sélection. Il tient en grande partie à ce que le recrutement se soit fait sur la base du volontariat. Les médecins joints exerçant à distance de Bordeaux (et donc, changeant de zonage suivant la classification de l'INSEE) ont refusé de participer à cette étude. Tous n'ont pas fourni d'explication mais la plupart ont avancé un manque de temps. Cette explication même nous conforte dans le fait de l'existence d'un biais : le manque de temps pouvant être l'expression d'un emploi du temps surchargé.

Par ailleurs, pour des raisons de faisabilité, nous avons sélectionné une zone de recrutement qui permettait à l'enquêteur de se rendre facilement sur les lieux d'exercice des médecins choisis.

Il faut également considérer que le principe du volontariat sélectionne des gens qui, *a priori*, veulent s'exprimer sur le sujet. Ceci suppose que l'étude les intéresse ou qu'ils souhaitent transmettre quelque chose créant ainsi un biais.

5. Le recueil des données

a) Lieu de l'entretien

La plupart des entretiens ont été réalisés au cabinet des médecins. Le plus souvent, cela se faisait lors d'un temps réservé et les discours ont donc peu souffert d'interruptions. Dans certains cas pourtant, ces entretiens ont été perturbés par des appels téléphoniques ou des interventions extérieures. Ces interruptions ont pu déstructurer les discours en faisant perdre au médecin le fil d'une idée. Dans ces cas, l'enquêteur l'aidait à le retrouver mais il est possible que quelques réflexions n'aient pas été conduites jusqu'au bout.

Les entretiens qui se sont déroulés au domicile de l'enquêteur n'ont pas été interrompus.

D'après Blanchet et Gotman, le lieu de l'entretien a une influence sur le discours tenu (155). Lorsqu'un entretien est réalisé dans le bureau de l'interviewé, celui-ci s'inscrit dans un rôle professionnel facilitant la production d'un discours maîtrisé. Au domicile, le récit s'avère souvent moins maîtrisé et plus propice à la confiance.

Le lieu de l'entretien aurait donc pu être imposé pour éviter cette variabilité du discours. Cependant et dans un souci de simplicité pour les interviewés, nous avons préféré leur laisser le choix du lieu.

Il n'a pas été identifié de différence notable entre les entretiens menés aux cabinets et ceux réalisés au domicile de l'enquêteur.

b) Enregistrement des entretiens

Les entretiens ont tous été enregistrés sur support audio pour permettre une analyse au plus près du discours. Chez certains des médecins interrogés, la présence de ce support audio induisait une gêne. Le plus souvent, celle-ci se dissipait au cours de l'entretien. A l'inverse, cette tierce présence pouvait parfois être la cause d'une théâtralisation s'exprimant sous forme d'apartés faits à l'attention de l'appareil d'enregistrement ou d'un public imaginaire.

Parfois, les médecins exprimaient certaines idées ou certains ressentis une fois l'enregistreur éteint. Ce genre de comportement paraît inévitable. Pour l'effacer, il faudrait sans doute réaliser des heures d'entretien afin que l'appareil soit complètement oublié.

L'enregistrement du discours ne permet pas la retranscription des attitudes non verbales. Dans certains cas, quand la gestuelle de l'interviewé avait particulièrement marqué l'enquêteur, celle-ci a été signalée dans les entretiens. Cependant, tous les gestes n'ont pu être retranscrits et il existe inévitablement une perte d'informations. Par exemple, la fin de certaines phrases était parfois éludée, lais-

sée en suspens ou soulignée par un geste, une attitude permettant de comprendre la pensée du médecin.

Pour pallier à cela, un enregistrement vidéo aurait pu être réalisé. Cependant, l'analyse d'une vidéo est complexe, nécessitant des connaissances approfondies en sociologie et psychologie. Étant donné l'absence de compétence particulière de l'enquêteur dans ces domaines, l'enregistrement audio avec retranscription intégrale nous a paru préférable.

6. L'analyse

La méthode d'analyse choisie est celle de l'analyse transversale. Cette dernière consiste en une découpe des entretiens guidée par des thématiques. Elle recherche donc une cohérence thématique inter-entretiens. L'utilisation de ce type d'analyse est pertinente dans cette étude puisque permettant de repérer des modèles descriptifs et de représentations (156).

Il faut être conscient que l'utilisation de cette méthode entraîne une perte de la cohérence interne des discours obtenus. C'est-à-dire que les propos des médecins interrogés sont sortis du contexte, du cadre du récit produit, et restitués tels quels. L'analyse est alors faite à partir de données brutes. Les risques psychosociaux évoqués sont repérés et extraits des entretiens sans tenir compte de l'histoire de chacun. Cette histoire, pourtant, contient les éléments de vécu qui permettraient de mieux comprendre le ressenti des médecins.

Certains exemples sont parlants.

Le médecin n°13 évoque la difficulté que représente, pour lui, l'accompagnement des patients en soins palliatifs. Il exprime clairement que cela le renvoie au décès de sa mère. Sans cette contextualisation, il est clair que l'information perdrait de sa consistance. L'analyse serait plus brutale, moins nuancée.

De la même façon, le médecin n°5 se dit touché par le contact permanent avec la maladie et la mort. Il rapproche cela à une histoire personnelle douloureuse qu'il n'aborde pas dans son récit mais qui, certainement, influe sur son ressenti.

Dans un autre registre, le médecin n°16 exprime des difficultés pour gagner sa vie. Cependant, il ne semble pas être revendicateur sur le niveau de rémunération. Ce paradoxe se comprend bien lorsque ce médecin explique que son installation est récente. Le faible niveau de rémunération évoqué s'inscrit, pour lui, dans la normalité puisque conséquent d'un nombre de patients encore peu élevé. Il s'agit là d'un risque attendu qui devrait se corriger avec le temps. Il est donc bien vécu.

Dans ces trois cas, l'histoire personnelle est particulièrement importante pour comprendre et nuancer les risques évoqués par ces médecins. Le discours des médecins interrogés s'inscrit dans les suites d'un passé qui impacte inévitablement le présent mais également l'avenir.

L'analyse transversale ne permet pas systématiquement de restituer cette « épaisseur » de vie et il semble inévitable de perdre une certaine quantité d'informations dès lors que cette méthode est utilisée.

Il existe des modes d'analyse plus linéaires dits « par entretien ». Là, les entretiens sont analysés un à un et indépendamment les uns des autres. L'analyse repose sur l'hypothèse que chaque singularité est porteuse d'un processus soit psychologique, soit sociologique. Elle cherche donc à déceler le mode de déclenchement d'un processus et non pas le processus en lui-même. Cette méthode d'analyse ne semblait pas indiquée pour cette étude puisqu'il était ici question de mettre en évidence les risques psycho-sociaux et non pas d'en expliquer la genèse.

Les résultats doivent donc être pris pour ce qu'ils sont, à savoir, un ensemble de thèmes identifiés dans les récits des médecins, organisés et restitués de manière à répondre à la question de recherche.

7. Les biais de l'étude

a) Biais d'induction

Ce biais apparaît lorsque les réponses de l'enquêté ne sont pas faites en fonction de sa conviction mais plutôt influencées par l'enquêteur. L'attitude de ce dernier ou ses relances peuvent effectivement influencer le discours de l'interviewé. Par exemple, si l'enquêteur paraît désapprouver ce que dit la personne interrogée, celle-ci pourra chercher à défendre son opinion plus que ce qu'elle ne le pense vraiment. A l'inverse, elle pourra vouloir modifier ses idées pour aller dans le sens de l'enquêteur qui, *a priori*, détient le savoir sur le sujet.

Dans cette étude, l'enquêteur s'est efforcé de rester le plus neutre possible pour ne pas impacter le discours produit. Cette neutralité a pourtant été remise en cause par certains des médecins interviewés qui interpellaient l'enquêteur par des questions directes. Dans ces cas, et lorsqu'il ne parvenait pas à éluder la question, l'enquêteur prenait le parti d'aller dans le sens du discours en essayant de ne pas y apporter d'éléments nouveaux.

b) Biais d'intervention

Ce biais est retrouvé en cas d'intervention intempestive de l'enquêteur dans le déroulé de l'entretien. Nous avons essayé de limiter ce biais au maximum en cantonnant les interventions à celles qui paraissaient strictement nécessaires. Cependant, il est probable que l'inexpérience de l'enquêteur ait conduit à des erreurs de ce type. Ce biais est devenu de moins en moins important au fil des entretiens, l'enquêteur gagnant en expérience.

c) Biais de courtoisie

Le biais de courtoisie se rapproche du biais d'induction. Il apparaît lorsque l'enquêté modifie son discours en fonction de l'enquêteur, soit parce qu'il dit ce qu'il croit que l'enquêteur veut entendre soit parce qu'il connaît l'enquêteur.

Ce biais est inévitable lorsque deux personnes entrent en interaction puisque relatif à la relation sociale qui s'établit entre eux.

B. LES RÉSULTATS

Les résultats traités, ont été directement rapportés des discours des médecins interrogés. Dans ce chapitre, nous tenterons dans un premier temps, de regrouper certains des risques psychosociaux ainsi évoqués au travers des modèles de Karasek et de Siegrist. Dans un second temps, nous essayerons de les intégrer dans une réflexion plus élargie.

1. Interprétation selon les modèles de Karasek et de Siegrist

Une partie des résultats obtenus peut être transposée, avec toutes les réserves évoquées ci-dessus, aux modèles déjà existants dans l'analyse des facteurs de risques psychosociaux chez les salariés. Nous reprendrons ici les deux modèles dominants dans la littérature, à savoir ceux de Karasek et Siegrist.

a) Le modèle de Karasek

Certains des risques psychosociaux abordés par les médecins généralistes interrogés peuvent être rattachés à l'une des trois dimensions du modèle de Karasek que sont la demande psychologique, la latitude décisionnelle et le soutien social.

La demande psychologique

Au vu des résultats, les médecins généralistes seraient soumis à une forte demande psychologique. La charge de travail, qu'elle soit objective, subjective ou psychique, pèse sur les médecins interrogés. Cette charge est responsable d'un stress important. Elle semble difficile à contourner puisque pluri-factorielle. Ainsi, lorsqu'un médecin cherche à maîtriser son volume horaire et son temps de consultation, il ne peut empêcher certaines demandes urgentes d'entraver cette maîtrise. Par ailleurs, la multiplicité des tâches à accomplir qu'elles soient de soins, de gestion ou administratives, entraîne un sentiment d'inachevé permanent.

L'exigence des patients participe aussi à l'émergence d'une forte demande psychologique. Elle pousse parfois les médecins à travailler plus vite qu'ils ne le souhaiteraient.

La réalisation des tâches administratives est également impliquée. Elle augmente la charge de travail puisque nécessite du temps et est souvent vécue comme pénible car considérée comme inutile ou alors renvoyant à une certaine incompetence. Certains médecins regrettent un manque de formation qui leur permettrait d'être plus à l'aise dans ce secteur.

Les médecins interrogés sont donc soumis à une forte demande psychologique qui trouve plusieurs points d'ancrage. Ces derniers sont comparables à ceux mentionnés dans la littérature, avec notamment, la charge de travail et la confrontation à l'exigence des patients.

La notion du devoir envers le patient, abordée à travers les représentations du métier, semble entretenir cette demande psychologique puisqu'elle conduit les médecins à une acceptation de la charge de travail.

La latitude décisionnelle

Cette dimension, relative à l'autonomie et à l'utilisation des compétences du professionnel est plus difficile à retrouver dans le discours des médecins.

Leur autonomie est a priori importante puisqu'il s'agit d'indépendants. Cependant, certains des interviewés évoquent des contrôles de la sécurité sociale jugés comme intrusifs. Ils regrettent une inadéquation entre les exigences de la sécurité sociale et les réalités du terrain.

L'exigence des patients peut également être vécue comme contraignante. Dans certains cas, les médecins sont amenés à faire des prescriptions qu'ils ne jugeaient pas indispensables. C'est là une forme de soumission aux désirs du patient, soumission qui peut s'interpréter comme une baisse de l'autonomie du médecin.

Les généralistes parlent peu de ce qu'ils ressentent vis-à-vis de l'utilisation de leurs compétences. Peut-être faut-il y voir une forme de satisfaction ou, en tout cas, une absence d'insatisfaction. Une incompétence est parfois avouée au niveau des tâches administratives mais les médecins semblent davantage regretter un manque de formation plutôt qu'une mauvaise utilisation de leurs compétences.

Bien que les éléments obtenus dans cette étude ne permettent pas de trancher cette question, la latitude décisionnelle chez les médecins généralistes ne semble particulièrement basse.

La littérature a également des difficultés à se prononcer sur le sujet. Il faut peut-être y voir l'impossibilité d'adapter cette dimension à la catégorie des indépendants. Cette inadaptation est évoquée par Algava et son équipe (76) qui pointent du doigt l'incongruité de mesurer l'autonomie des salariés et des non-salariés avec un même outil. Il va de soi que celle des indépendants est plus importante.

Il convient alors peut-être de redéfinir ce que représente la latitude décisionnelle pour cette catégorie de professionnels. L'autonomie ne doit plus être considérée comme une liberté décisionnelle qui, de fait, existe déjà, mais plutôt, comme la capacité à jouir de cette liberté. La question posée au travailleur n'est plus : « Avez-vous l'impression d'être libre dans vos choix ? » mais : « Comment faites-vous appliquer vos choix ? ». En effet, les choix de soins doivent être pris en accord avec les patients qui ne suivent pas systématiquement la ligne donnée par le médecin. Il convient alors de rentrer dans une discussion dont le but est de parvenir à des objectifs de soins acceptables pour le patient et le médecin. Les objectifs de santé théoriques ne sont pas toujours compatibles avec la réalité pratique. Le médecin n'est donc pas là pour faire appliquer ses propres choix mais plutôt pour les adapter aux possibilités des patients. Considérant cela, l'autonomie du médecin ne peut plus être celle définie par Karasek. Elle doit être intégrée dans une relation d'interdépendance et donc redéfinie en fonction de la relation médecin-malade.

Le soutien social

Les médecins interrogés ne semblent pas souffrir d'un manque de soutien social au travail. Ils se sentent globalement épaulés par leurs confrères, qu'ils soient généralistes ou spécialistes. Les rapports paraissent simples la plupart du temps, favorisés par la création de réseaux constitués de correspondants privilégiés.

Seules les relations avec le secteur hospitalier et notamment les services d'urgences, semblent parfois difficiles. Ce constat n'est cependant pas unanime.

Ces résultats vont à l'encontre de ceux de l'enquête nationale menée par l'ordre national des médecins en 2015 (149), qui montrent que seuls 38% des médecins inclus sont satisfaits de la coopération professionnelle établie avec les confrères. Ceci peut s'expliquer par le fait que notre étude a été réalisée dans une zone de forte densité médicale où les échanges entre confrères sont plus faciles que dans une zone où la densité médicale serait moins élevée.

Cependant, une étude réalisée en 2008 chez les médecins ligériens (38) retrouvait un taux de satisfaction de 61% concernant les relations avec les confrères alors que la région des Pays de la Loire était considérée comme une zone de faible densité médicale (inférieure à la moyenne nationale) (157).

Au total, selon le modèle de Karasek, les médecins de l'étude semblent s'inscrire dans une situation de travail actif avec un soutien social satisfaisant. Cette affirmation doit cependant être relativisée car la dimension de la latitude décisionnelle ne semble pas adaptée aux médecins généralistes.

b) Le modèle de Siegrist

Certains des points abordés par les médecins généralistes interrogés peuvent s'intégrer au modèle effort/récompense de Siegrist. Le niveau de rémunération, notamment, apparaît très vite comme un sujet de frustration dans les différents discours. Les médecins se sentent dévalorisés par un niveau de rémunération qu'ils jugent trop bas compte tenu de leur investissement. Ils souffrent de la comparaison avec d'autres métiers mieux rémunérés et qui, leur semble-t-il, demandent moins d'implication. Ce constat rejoint l'idée du « faux contrat » évoqué par Edwards et son équipe en 2002 (148). Les médecins généralistes se sentent floués par rapport à leurs attentes initiales. D'après la grande consultation de l'ordre national des médecins, seuls 36% des médecins généralistes interrogés sont satisfaits de leur niveau de rémunération.

La tendance au consumérisme médical entre également dans cette idée du « faux contrat ». Les médecins se sentent dévalorisés quand ils voient leur rôle se cantonner à celui d'un prestataire de services. Ce n'est pas en accord avec l'idée qu'ils se font de la médecine et de la respectabilité du métier. Ceci est appuyé par l'analyse des motifs de satisfaction des médecins interrogés. Dans ces motifs, c'est bien la relation avec les patients qui prime. Dès lors, le consumérisme, responsable d'une dépersonnalisation des relations, est perçu comme insatisfaisant, néfaste.

C'est d'ailleurs dans l'investissement de ces relations humaines et dans l'aide d'autrui que les médecins semblent trouver leur récompense. Ils en retirent un sentiment d'accomplissement personnel, une satisfaction qui leur permet d'accepter les efforts consentis.

Le modèle de Siegrist ne prend pas en compte ce type de récompense. Il étudie la rémunération, l'estime au travail et le statut professionnel. Or, ce n'est pas là que les médecins généralistes semblent trouver leur satisfaction. Celle-ci apparaît beaucoup moins formelle et palpable, bien illustrée par les propos du médecin 3 (corrigés) : *Le fait qu'une personne soit arrivée en fin de vie, que la famille ait participé à toute l'élaboration des soins de fin de vie, que cette personne soit partie de façon paisible et que ces gens, je peux les rencontrer, même si ce n'est pas des patients, mais qu'il y a, on va dire, une poignée de mains chaleureuse, je suis satisfait.*

Il s'agit là d'un mode de récompense difficile à nommer, relative à une estime personnelle mais aussi à une certaine forme de connivence pudique. Cela semble extrêmement important pour les médecins de cette étude puisqu'à l'origine d'un contentement unanime et ce malgré tous les facteurs de risques psychosociaux abordés.

La satisfaction des médecins généralistes dans leur métier est reconnue dans la littérature. Si elle n'est pas unanime, elle apparaît toujours comme importante dans les études qui la questionnent. Cependant, les motifs de cette satisfaction sont rarement évoqués et nos résultats sont difficilement comparables.

En conclusion, les médecins généralistes consentent beaucoup d'efforts dans l'exercice de leur profession. Ils semblent pourtant s'en accommoder et y trouver un réel plaisir.

Ces modèles, s'ils peuvent être le point de départ de réflexions intéressantes, ne rendent pas compte de la totalité des risques abordés par les médecins généralistes. L'analyse fine des facteurs de risques psychosociaux doit utiliser d'autres modèles, d'autres systèmes, qui intègrent à la fois cet état d'indépendance et les spécificités de la médecine générale. La prédiction quantitative d'un niveau de risques psychosociaux fiable pour les médecins généralistes libéraux ne semble passer que par cette condition.

2. Le paradoxe de la relation médecin-malade

La relation médecin-malade semble à la fois une source de stress majeure et le plus grand motif de satisfaction des médecins généralistes interrogés.

Notre étude met en évidence que l'exigence des patients et la tendance au consumérisme médical pèsent fortement sur les médecins. Ces derniers se sentent pressés et dévalorisés par les demandes des patients. Ils regrettent une évolution qui se fait vers une dépersonnalisation de la relation alors même qu'elle est la principale source de plaisir dans l'exercice de leur profession.

Les médecins généralistes interrogés confient avoir l'impression que les pouvoirs publics appuient cette dépersonnalisation. Ceci est cristallisé par la loi de santé 2015 et la crainte de voir augmenter ce consumérisme médical.

Au moment du recueil des données, la généralisation du tiers-payant était au cœur de l'actualité et inquiétait les généralistes interviewés. Ils redoutaient que le fait de ne plus avoir à avancer le prix de la consultation ne conduise à une surconsommation de soins. Dans le même temps, cette fausse gratuité des soins aboutirait à une déresponsabilisation des patients. Le médecin ne serait alors plus considéré comme un confident, un soignant mais plutôt comme un « dispensateur de soins impersonnels ».

Le désarroi des médecins généralistes face à cette idée est bien compréhensible au regard de nos résultats. Cette relation médecin-malade dont ils craignent la disparition (dans son sens humaniste) demeure leurs principales motivations et satisfactions.

Il faut alors s'interroger sur l'avenir de la médecine générale. A l'heure où l'évolution des mœurs et de la société semble tendre vers une déshumanisation des relations de soins, les médecins généralistes semblent vouloir la protéger. Est-ce là un refus d'adaptation ou l'expression d'une volonté de défendre une médecine globale, générale qui s'attache à l'humain et non pas uniquement aux symptômes ?

Certains médecins interrogés soulignent l'importance de la relation et de la connaissance du patient pour pratiquer une médecine de qualité. Ils affirment que le médecin généraliste ne doit pas se cantonner aux symptômes décrits par le malade pour poser un diagnostic. Le patient peut passer sous silence des éléments nécessaires à l'élaboration d'un diagnostic juste. Ce silence est parfois le résultat d'une histoire de vie qui gagne à être connue par le médecin. Sans cela, le diagnostic risque d'être incomplet ou erroné.

Dans le même temps, la relation médecin-malade s'égalise. Les médecins quittent une posture paternaliste au profit d'un dialogue plus ouvert. Le patient est impliqué dans les décisions de soins. Ceci est favorisé par une relation de confiance bien établie qui permet une meilleure compréhension réciproque. L'une des conséquences de cette implication est aussi l'émergence d'une conscience critique : les patients peuvent remettre en question les décisions de leur médecin. A l'extrême, cela peut aller jusqu'au procès. Cette dimension médico-légale pèse sur les médecins.

C'est un facteur de risque qui les inquiète. Ils essaient de le contrôler par différentes stratégies mais certains avouent que leur pratique médicale s'en trouve modifiée. La peur d'être confronté à la justice motive parfois certaines conduites qui éloignent le patient de la démarche du médecin. Ceci est illustré par les propos du médecin 12 (corrigés) : *On sent bien que tout le monde essaie de se prémunir. Il faut qu'il y ait une traçabilité. Tout le monde parle de traçabilité. À force de faire de la traçabilité, ben finalement, on en oublie le sens du patient.*

Cette menace du risque médico-légal peut alors s'avérer néfaste pour les patients en plus d'être génératrice de stress pour les médecins.

Cette relation médecin-patient est donc tiraillée, bousculée par une évolution des mœurs et de la société qui conduit à une redistribution des rôles. Le médecin n'est plus le seul maître à bord. Il doit composer avec le patient qui se positionne en interlocuteur actif. Les médecins généralistes doivent faire face à une certaine exigence, une certaine critique qui peut être difficile à accepter. Pour autant, ils continuent de penser que cette relation humaniste ne doit pas s'effacer. Elle demeure le

garant de soins de qualité et leur principale source de satisfaction au travail, permettant de supporter un stress important.

La médecine générale doit également composer avec une logique économique soutenue par les pouvoirs publics. Cette logique économique, parfois difficile à concilier avec des soins que les médecins jugent nécessaires, doit être pensée et réfléchie car le système de soins repose malgré tout sur un financement d'état.

Certains des médecins interrogés déplorent pourtant l'absence d'une vision commune, de projets communs, étendus à la profession.

3. Les tâches administratives

La lourdeur des tâches administratives est largement évoquée dans les résultats. Les médecins différencient les tâches qui doivent être faites pour le patient et les tâches de gestion, propres au fonctionnement du cabinet.

Les premières sont vécues comme pénibles et lourdes mais relativement acceptées puisque rentrant dans une démarche de soins. Certains déplorent tout de même l'inutilité de quelques-unes de ces tâches. Ils ont l'impression d'y perdre un temps précieux compte tenu de leur charge de travail. L'informatisation intervient alors parfois comme une aide mais tous les médecins ne sont pas de cet avis. Les connaissances de l'outil informatique sont très variables d'un médecin à l'autre. Il est parfois jugé comme précieux, mais dans certains cas, il est une source d'ennuis, de perte de temps et ne facilite pas le travail.

Les tâches de gestion posent problème. Elles sont à l'origine d'un stress majeur qui, dans cette étude, paraît venir de ce que les médecins s'y sentent incompetents. Cette incompetence peut être à l'origine de conséquences lourdes. Ainsi, le médecin 9 explique avoir dû payer une amende sévère pour licenciement abusif parce qu'il ne connaissait pas les démarches à suivre dans un tel cas.

Ce poids des charges administratives et l'incompétence ressentie par les médecins sont retrouvés dans la littérature (38,39,42). Il s'agit là d'un problème connu. Face à ce constat, un questionnaire émerge quant à la formation des médecins généralistes. La prévention de ce risque pourrait passer par une formation adéquate.

Le médecin généraliste est un chef d'entreprise. Il est de sa responsabilité de la gérer. De cette gestion, découle un confort d'exercice qui retentit sur le médecin mais également sur le patient. Une formation juridique et commerciale pourrait alors donner au médecin une certaine sérénité. Le sujet prête à discussion.

Considérant la longueur et la densité des études médicales, l'ajout d'une formation complémentaire peut paraître lourd. De plus, cette problématique est bien spécifique aux médecins généralistes libéraux installés. Or, cette part des médecins généralistes, même si elle reste majoritaire, tend à diminuer et il semble difficile de cibler une population d'étudiants qui tirerait bénéfice d'une telle formation. La population cible serait alors les médecins généralistes libéraux. Trouveraient-ils le temps pour cela ? La question est difficile à trancher.

Par ailleurs, une telle formation ne serait-elle pas un pas de plus vers une tendance à la commercialisation des soins ? Le médecin qui rejette le consumérisme médical se verrait former pour gérer une entreprise qui, par définition, répond à des objectifs économiques. Cela pourrait remettre en cause son identité humaniste.

La question de cette formation reste donc entière. Elle paraît nécessaire puisque permettant certainement une réduction des facteurs de risques psychosociaux. Pourtant sa mise en pratique ne paraît pas évidente et pourrait modifier le visage de la profession.

Face à cette surcharge administrative, la littérature évoque la possibilité de faire appel à des auxiliaires paramédicaux (56). Là aussi, cette proposition soulève des problématiques épineuses avec, en premier lieu, la question de la rémunération de ces travailleurs. Il paraît peu envisageable que les

médecins généralistes acceptent de les rémunérer. De même, un financement d'état est difficilement imaginable.

Par ailleurs, ce serait s'avancer ainsi vers une dilution de la responsabilité évoquée par le médecin 12. La multiplication des intervenants, d'après lui, nuit à la prise de décision. Elle entraîne un partage de ces décisions. Dès lors il s'agit d'une dilution de la responsabilité. Celle-ci serait sans doute acceptable pour ce qui concerne les tâches de gestion mais plus problématique pour l'administratif relatif aux soins et aux patients.

4. La difficulté à concilier vie privée et vie professionnelle

La vie professionnelle des médecins généralistes empiète sur leur vie privée. Ils souffrent de cette situation. Ce travail en atteste, et ceci, en accord avec la littérature (28,38). Les conséquences de ce phénomène ne sont pas anodines. Certains médecins expriment clairement des regrets, principalement envers la famille. Ils estiment ne pas avoir été assez présents, jusqu'à endosser parfois la responsabilité d'un divorce. Certes, il existe une volonté de se préserver en créant des soupapes de sécurité, mais le ressenti est bien présent.

Ceci influence fortement les jeunes générations qui ne veulent plus s'installer par peur de connaître cette submersion professionnelle (40). Elles refusent l'idée de travailler au détriment d'une vie personnelle épanouie. C'est là l'une des causes de l'augmentation du salariat et des remplacements.

Il est difficile d'imaginer la situation se modifier au vu de la demande de soins croissante et de l'offre qui diminue. Le regroupement des médecins semble une solution qui permet une modulation et une réduction du temps de travail mais au prix d'une densification des heures travaillées (60,61). Il confère une sécurité quant à la permanence des soins soulignée par le médecin 1 : *Le fait de travailler en groupe me permet de savoir qu'il y aura toujours quelqu'un qui pourra répondre aux appels de mes patients. Donc quand je ne suis pas au cabinet, je ne me préoccupe pas de ce qui se passe au cabinet.* Cependant, il n'est pas la panacée. Certains se plaignent d'un surcroît de travail, notamment pour tout ce qui concerne l'administratif et la gestion des SCM. Les cadres juridiques sont pourtant nécessaires au bon fonctionnement des groupes médicaux et pluri professionnels.

Dans cette étude, seule la SCM a été envisagée puisque les médecins interrogés travaillaient soit en SCM, soit sans cadre légal clairement défini. Il serait intéressant d'étendre le questionnement à d'autres cadres légaux tels que les SCP ou les SEL qui offrent la possibilité d'une gestion financière toute autre. Ce type de société reste cependant rare en médecine générale.

Certains des médecins interrogés ont fait le choix de privilégier la famille :

- Médecin 4 (corrigé) : *C'est un choix d'avoir accepté cette situation là, qui était compliquée sur un plan comptable (...). Mais le gros investissement que j'ai fait, c'est que je me suis occupée de mes filles. C'est ce qui, je pense, me permet de vivre les choses très bien à l'heure actuelle.*
- Médecin 11 (corrigé) : *J'ai démarré alors que j'avais des enfants en bas âge. Il fallait bien que je les assume. Mon mari n'était pas forcément là en semaine. Il y a des priorités. (...) Ma vie familiale a peut-être empiété sur ma vie professionnelle. Mais bon, j'étais bien dans ce que je faisais et comme je le faisais.*

Ces choix sont faits aux dépens de la carrière professionnelle et représentent des sacrifices. Il est peu probable que ces sacrifices puissent être démocratisés au sein de la profession. De plus, la médecine générale, dans son fonctionnement actuel et face à la crise de l'offre de soins, ne peut souffrir de voir le temps médical diminué.

L'équilibre entre vie privée et vie professionnelle semble donc difficile à trouver. Les médecins généralistes s'organisent pour faire face à cette réalité mais il semble que les réponses à cette problématique ne puissent pas être consensuelles. L'exercice en cabinets de groupe représente une solution incomplète et qui n'est pas partagée par l'ensemble de la profession.

C. CHAMPS D'APPLICATION

Cette étude a permis de mettre en évidence les risques psychosociaux auxquels sont soumis les médecins généralistes. Cependant, elle ne doit être que le début d'un travail dont la finalité est d'identifier les médecins généralistes soumis à de fortes contraintes psychosociales et ainsi de prévenir le syndrome de stress chronique et ses complications.

Cela doit passer par deux étapes essentielles.

Tout d'abord, il faut trouver le moyen de quantifier un niveau de risques psychosociaux auxquels sont soumis les médecins généralistes. L'élaboration d'un modèle de mesure, à l'instar de ceux réalisés chez les salariés, paraît alors nécessaire. Il convient, pour ce faire, de prendre en compte les différents facteurs de risques identifiés chez les médecins généralistes libéraux et de les intégrer dans un questionnaire. Ce dernier devra répondre à un double objectif de faisabilité et de représentativité. Il devra rester relativement simple dans sa réalisation tout en conservant un bon niveau prédictif de risques.

Dans un second temps, il faudra pouvoir proposer des stratégies de prévention chez les médecins généralistes ayant un niveau de risques élevés. Celles-ci doivent être réfléchies pour être acceptées et efficaces.

Elles pourraient passer par des initiatives personnelles telles que celles proposées par certains des médecins de l'échantillon :

- Le médecin 1 a suivi une formation sur le risque médico-légal suite à des ennuis de cet ordre. Il exprime clairement avoir été soulagé après à cette formation.
- Les médecins 5, 7 et 12 s'octroient des moments de repos en diminuant le rythme des consultations lorsqu'ils se sentent fatigués, dépassés.

Il existe donc déjà une forme de prévention chez certains médecins généralistes. Celle-ci, consciente ou inconsciente, est mise en place en réaction aux difficultés ressenties. Il s'agit donc de prévention secondaire. L'intérêt d'un questionnaire qui évaluerait un niveau de risque serait de travailler encore plus en amont et de faire de la prévention primaire.

Une autre forme de prévention serait intéressante, à savoir une prévention qui ne serait pas exclusivement personnelle mais accompagnée. Elle nécessiterait l'intervention d'une autre personne qui aurait alors un rôle de conseil ou d'expertise. Le plus plausible et raisonnable serait d'envisager qu'elle soit faite par des pairs.

Les groupes de pairs et groupes Balint s'inscrivent déjà un peu dans cette idée. Les premiers s'attachent le plus souvent à traiter de problèmes médico-techniques alors que les seconds s'inscrivent davantage dans un registre psychologique où le psychisme du médecin et celui du patient sont pris en compte pour questionner la relation médecin-malade.

Notre réflexion tient plus de l'ordre de l'organisation. Comment le médecin peut-il s'organiser pour réduire son niveau de risques psychosociaux ?

Ce que nous proposons ici est donc une démarche de réflexion commune sur le thème des risques psychosociaux. Cette réflexion serait celle de quelques médecins.

Cependant, tous les risques mis en exergue dans les résultats ne peuvent pas être modifiés à si petite échelle, en particulier lorsqu'il s'agit de l'avenir de la profession. Se pose alors la question d'une réflexion à grande échelle. Son absence est d'ailleurs regrettée par certains des médecins de l'échantillon.

La profession ne doit-elle pas se réunir pour envisager l'avenir ? Les crises démographiques et sociétales auxquelles elle doit faire face demandent probablement une réflexion profonde et commune sur le futur de la médecine générale. Sans cette réflexion, les médecins généralistes libéraux risquent de peiner à faire face à des facteurs de risque psychosociaux de plus en plus saillants. La satisfaction des médecins généralistes dans ce qu'ils retirent de la relation médecin-malade place le patient au cœur de ce débat.

CONCLUSION

La médecine générale, actuellement en proie à une crise démographique et sociétale, voit ses médecins libéraux souffrir d'une recrudescence de burn out et de suicides. Ces drames trouvent souvent leur source dans un environnement professionnel stressant.

L'étude des facteurs de risques psychosociaux, largement développée chez les salariés, a pour objectif d'identifier les facteurs conduisant à ce stress.

Ce travail a proposé une étude des risques psychosociaux chez les médecins généralistes libéraux. Ils ont été étudiés au moyen d'une étude qualitative descriptive qui a mis en évidence tout un éventail de risques auxquels étaient soumis les médecins interrogés.

La charge de travail apparaît comme la source principale de stress chez les médecins interrogés. Elle s'exprime sur différents niveaux : objectif, subjectif et psychique. Ces niveaux s'entremêlent pour générer un stress durable. La lourdeur des tâches administratives, qu'elles soient dédiées aux patients ou à la gestion du cabinet, renforce négativement cette charge de travail. En effet, le travail administratif, souvent perçu comme inutile, est mal vécu, jugé comme impropre. Ceci est d'autant plus vrai que les médecins s'y sentent incompétents.

En conséquence, certains médecins éprouvent des difficultés à concilier travail et vie privée. Ils en tirent des regrets et parfois, se rendent responsables d'échecs familiaux.

La relation médecin-malade est également malmenée. L'exigence des patients qui se traduit par une tendance au consumérisme médical dérange les médecins. Ils se sentent dévalorisés par cette commercialisation des soins. Ce sentiment de dévalorisation est renforcé par un niveau de rémunération jugé trop faible. Il n'est pas celui espéré ou attendu compte tenu de l'effort consenti par ces professionnels. Il en découle une certaine déception. Le métier ne tient pas ses promesses.

Par ailleurs, les médecins généralistes libéraux se sentent fragilisés dans leur identité libérale. Les contrôles de la sécurité sociale, associés aux propositions de réformes des pouvoirs publics sont source d'inquiétudes. Les médecins généralistes ne se sentent plus maîtres dans leur exercice.

D'autres facteurs de risques psychosociaux, moins partagés, s'ajoutent ponctuellement pour favoriser l'apparition d'un syndrome de stress chronique et ses complications. Les modalités organisationnelles du cabinet, le sentiment de devoir envers les patients ou la peur de n'être plus aimés des patients font partie de ces facteurs de risque.

Les médecins généralistes libéraux sont donc soumis à de fortes contraintes professionnelles.

Malgré cela, ils éprouvent de la satisfaction à exercer leur métier. La relation médecin-malade, dans ce qu'elle leur renvoie, semble compenser, en partie, les désagréments d'ordre administratifs, organisationnels ou rémunératoires.

Il ne faut pourtant pas fermer les yeux sur la souffrance des généralistes libéraux. Cette étude doit être reprise et intégrée dans un travail plus global qui viserait à les prémunir contre ces facteurs de risques psychosociaux.

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Effectifs des médecins généralistes libéraux/mixtes – De l’observé à l’inattendu

Figure 2 : Les médecins généralistes libéraux et mixtes – De l’observé à l’attendu – Aquitaine

Figure 3 : Pyramide des âges des médecins généralistes en activité régulière – France

Figure 4 : Nombres d'entrées et de sorties définitives ou temporaires de la vie active d'après le scénario tendanciel

Figure 5 : Modèle Exigences/Contrôle de Karasek, 1981

Figure 6 : Relations directes et indirectes entre les facteurs psychosociaux et les pathologies cardiovasculaires selon un modèle biopsychosocial

Figure 7 : Différents niveaux d’impacts des facteurs psychosociaux au travail sur la santé musculo-squelettique

Figure 8 : Répartition des médecins interrogés en fonction de l’âge

Figure 9 : Temps d’installation dans le cabinet actuel

Figure 10 : Mode d’installation

Figure 11 : Répartition des secrétariats

Figure 12 : Nombre de demi-journées travaillées par semaine

Figure 13 : Nombre annuel moyen de semaines de vacances

Figure 14 : Nombre annuel moyen de gardes

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Évolution des affectations en médecine générale suite aux ECN de 2004 à 2012

Tableau 2 : Estimation des temps de travail hebdomadaire des médecins généralistes par groupe d'activité

Tableau 3 : Données concernant l'état civil de l'échantillon

Tableau 4 : Données concernant l'organisation des cabinets des médecins de l'échantillon

Tableau 5 : Données sur l'emploi du temps des médecins de l'échantillon

Tableau 6 : Nombre de consultations et de visites des médecins de l'échantillon sur l'année 2014

Tableau 7 : Tableau récapitulatif des résultats quantitatifs

BIBLIOGRAPHIE

1. Attal-Toubert K, Vanderschelden M. La démographie médicale à l'horizon 2030 : de nouvelles projections nationales et régionales. *Etudes Résultats*. févr 2009;(679):1-8.
2. Jakoubovitch S, Bournot M-C, Cercier E, Tuffreau F. Les emplois du temps des médecins généralistes. *Etudes Résultats* [Internet]. mars 2012, (797) [cité 28 oct 2014]. Disponible sur: <http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er797-2.pdf>
3. Truchot D. Le burn out des médecins libéraux de Champagne Ardenne [Internet]. 2002 [cité 12 août 2015]. Disponible sur: http://internat.martinique.free.fr/biblio/rapport_burn_t_medecin_ca.pdf
4. Saphon MO. Loi Bachelot « Hôpital, Patients, Santé et Territoires ». Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé; 2015.
5. Institut national de la statistique et des études économiques. Mesurer pour comprendre [Internet]. [cité 29 janv 2016]. Disponible sur: <http://www.insee.fr/fr/>
6. Robert-Bobée I. Projections de population pour la France métropolitaine à l'horizon 2050. *INSEE Prem*. juill 2006;(1089):1- 4.
7. Conseil régional d'Aquitaine, Chambre Régionale de Commerce et d'Industrie. L'Aquitaine en chiffres, portrait économique - 2011 [Internet]. Disponible sur: www.aquitaine.fr/content/download/376/.../Aquitaine_en_chiffres.pdf
8. Haute Autorité de Santé. Recommandations professionnelles : Stratégie de prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétique chez la personne âgée [Internet]. 2007. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/denuitrition_personne_agee_2007_-_argumentaire.pdf
9. Blanpain N, Chardon O. Projections de population à l'horizon 2060. *INSEE Prem* [Internet]. oct 2010, (1320) [cité 7 avr 2015]. Disponible sur: <http://www.insee.fr/fr/ffc/ipweb/ip1320/ip1320.pdf>
10. Blanchet D, Le Gallo F. Baby-boom et allongement de la durée de vie : quelles contributions au vieillissement? *Insee Anal* [Internet]. sept 2013, (12) [cité 7 avr 2015]. Disponible sur: <http://www.insee.fr/fr/ffc/iana/iana12/iana12.pdf>
11. Collin C, Evain F, Mikol F, Minodier C. Un accès géographique aux soins comparable entre les personnes âgées et les autres adultes. *Etudes Résultats* [Internet]. oct 2012, (816) [cité 7 avr 2015]. Disponible sur: <http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er816.pdf>
12. Kubiak Y. Personnes âgées dépendantes : le maintien à domicile, solution privilégiée mais exigeante. *Insee Lorraine* [Internet]. juill 2012, (289) [cité 8 avr 2015]. Disponible sur: http://www.insee.fr/fr/insee_regions/lor/themes/EL/EL289/EL289.pdf
13. Maurey H. Rapport d'information sur la présence médicale sur l'ensemble du territoire [Internet]. Sénat; 2013 févr [cité 11 oct 2015]. Report No.: 335. Disponible sur: <http://www.senat.fr/rap/r12-335/r12-3351.pdf>

14. Assurance Maladie. L'Assurance Maladie en ligne [Internet]. [cité 30 janv 2016]. Disponible sur: <http://www.ameli.fr/index.php>
15. Mandereau-Bruno L, Denis P, Fagot-Campagna A, Fosse-Edorh S. Prévalence du diabète traité pharmacologiquement et disparités territoriales en France en 2012. BEH. nov 2014;30-31:493-9.
16. Institut de Veille Sanitaire. INVS « observer, surveiller, alerter » [Internet]. [cité 30 janv 2016]. Disponible sur: <http://www.invs.sante.fr>
17. Béraud C. Les menaces financières sur l'assurance maladie ne seront pas démographiques mais économiques, médicales et technologiques. Sci Soc Santé. 1 mars 2011;Vol. 29(1):69-80.
18. Pierron J-P. Une nouvelle figure du patient ? Les transformations contemporaines de la relation de soins. Sci Soc Santé. 2007;25(2):43.
19. Michel F-B, Loisançe D, Couturier D, Charpentier B. Un humanisme médical pour notre temps. Bull Académie Natl Médecine. 2011;195(6):1345-68.
20. Rousset G. Le patient et le système de santé au prisme du consumérisme : résistance ou participation? [Internet]. [cité 8 avr 2015]. Disponible sur: <http://s2.e-monsite.com/2010/01/11/11/1-Rousset.pdf>
21. Jessua C, Labrousse C, Vitry D, Gaumont D. Dictionnaire des sciences économiques. PUF. 2001. 1068 p.
22. Rault J-F, Le Breton-Ierouvillois. Atlas nationale de la démographie médicale 2015. Cons Natl Ordre Médecins. 2015.
23. Rault J-F, Le Breton-Lerouvillois G. La démographie médicale En Région Aquitaine. Situation en 2015. Cons Natl Ordre Médecins [Internet]. 2015 [cité 10 janv 2016]; Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_aquitaine_2015.pdf
24. Bruguière M-T. Rapport d'information sur les territoires et la santé [Internet]. Sénat; 2011 juin [cité 5 janv 2015] p. 81. Report No.: 600. Disponible sur: <http://www.senat.fr/rap/r10-600/r10-6001.pdf>
25. Legmann M. Définition d'un nouveau modèle de la médecine libérale [Internet]. 2010 [cité 28 oct 2014]. Disponible sur: <http://www.aeeibo.com/Rapportunnouveaumodelemedecineliberalevril2010.html?dl=1>
26. Lapeyre N, Robelet M. Les mutations des modes d'organisation du travail au regard de la féminisation. L'expérience des jeunes médecins généralistes. Sociol Prat. 2007;14(1):19.
27. Ambroise-Thomas P. La situation de la médecine générale en France. Réflexions et propositions de l'Académie nationale de médecine. Bull Académie Natl Médecine. 2011;195(4 et 5):1133-42.
28. Bismuth M, Rougé M-E, Poutrain J-C, Bismuth P, Boyer P, Escourrou B, et al. Pourquoi les internes choisissent-ils la médecine générale? La médecine générale revient dans les premiers choix. Médecine. mars 3013;9(3):136-41.

29. Le Breton-Lerouillois G. Atlas de la démographie médicale en France - Situation au 1er janvier 2008 [Internet]. Conseil national de l'ordre des médecins; 2009 [cité 1 févr 2016]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas2008.pdf>
30. Le Breton-Lerouillois G, Rault J-F. Atlas de la Démographie Médicale 2014 [Internet]. Conseil national de l'ordre des médecins; 2014 [cité 13 janv 2015]. Disponible sur: http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_2014.pdf
31. Le Breton-Lerouillois G, Rault J-F. La Démographie médicale en région aquitaine. Situation en 2013 [Internet]. Conseil national de l'ordre des médecins; 2013 [cité 13 janv 2015]. Disponible sur: http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/aquitaine_2013.pdf
32. Ambroise-Thomas P. La démographie médicale. Prévoir et maîtriser son évolution. Assurer une meilleure répartition de l'offre de soins sur l'ensemble du territoire national. Bull Académie Natl Médecine. 2009;193(2):405-13.
33. Le Breton-Lerouillois G. Atlas de la démographie médicale en France - Situation au 1er janvier 2010 [Internet]. Conseil national de l'ordre des médecins; 2010 [cité 23 avr 2015]. Disponible sur: http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_national_cnom_2010.pdf
34. Le Breton-Lerouillois G. Atlas de la démographie médicale en France - Situation au 1er janvier 2011 [Internet]. Conseil national de l'ordre des médecins; 2011 [cité 1 févr 2016]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas2011.pdf>
35. Blanchard T. Facteurs influençant les cessations d'activité et les reconversions chez les médecins généralistes du Poitou-Charentes entre 40 et 60 ans. [Internet]. [Poitiers]: Université de Poitiers; 2012 [cité 8 oct 2015]. Disponible sur: http://theseimg.fr/1/sites/default/files/090312_Th%C3%A8se%20Typhaine%20Blanchard.pdf
36. Vega A, Cabé M-H, Blandin O. Cessation d'activité libérale des médecins généralistes : motivations et stratégies. Doss Solidar Santé [Internet]. 2008, (6) [cité 15 oct 2015]. Disponible sur: <http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/article200806.pdf>
37. Vega A. Les comportements de cessation d'activité des médecins généralistes libéraux. DREES Doc Trav [Internet]. déc 2007 [cité 8 oct 2015]; Tome 1(73). Disponible sur: <http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/serieetud73.pdf>
38. Bournot M-C, Goupil M-C, Leclère B, Tallec A, Tuffreau F, Hérault T. Vie professionnelle, vécu du travail et état de santé des médecins généralistes des Pays de la Loire [Internet]. Observatoire régional de la santé des pays de la Loire et Union Régionale des médecins libéraux des pays de la Loire; 2008 [cité 24 déc 2015] p. 92. Disponible sur: http://www.santepaysdelaloire.com/ors/sites/ors/files/publications/PanelIMG/2010panel1_v4_rapport.pdf
39. Aulagnier M, Obadia Y, Paraponaris A, Saliba-Serre B, Ventelou B, Verger P. L'exercice de la médecine générale libérale - Premiers résultats d'un panel dans cinq régions françaises -. Etudes Résultats [Internet]. nov 2007, (610) [cité 15 avr 2015]. Disponible sur: <http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er610.pdf>
40. Observatoire régional de la santé - Aquitaine. Motivations et freins à l'installation des médecins généralistes libéraux - Synthèse de la littérature [Internet]. 2011 [cité 28 oct 2014]. Disponible sur: <http://www.ors-aquitaine.org/index.php/publications->

orsa?task=callelement&format=raw&item_id=892&element=afc34fd5-98af-4f44-9404-6169de4221c5&method=download

41. Bez N, Caron J, Causse J-R. Enquête de perception sur le rôle du médecin traitant et étude d'observation sur les diverses activités des médecins généralistes [Internet]. Union Régional des Médecins Libéraux de Rhône-Alpes; 2010 sept [cité 5 janv 2015]. Report No.: 661. Disponible sur: http://www.urps-med-ra.fr/upload/urmlra/urm_etude/pj/Rapport_CAREPS_URML_medecin_traitant__Version_Finale.pdf
42. Micheau J, Molière E. L'emploi du temps des médecins libéraux. Doss Solidar Santé [Internet]. 2010 [cité 28 oct 2014];(15). Disponible sur: <http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/article201015.pdf>
43. Maslach C. Burnout: The Cost of Caring. ISHK; 1982. 302 p.
44. Billaut A. Caractéristiques et résultats des Épreuves classantes nationales de médecine 2004. DREES Doc Trav [Internet]. oct 2005, (52) [cité 25 oct 2015]. Disponible sur: <http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/serieetud52.pdf>
45. Vanderschelden M. Les affectations des étudiants en médecine à l'issue des épreuves classantes nationales en 2006. Etudes Résultats [Internet]. avr 2007, (571) [cité 25 oct 2015]. Disponible sur: <http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er571-3.pdf>
46. Vanderschelden M. Les affectations des étudiants en médecine à l'issue des épreuves classantes nationales en 2007. Etudes Résultats [Internet]. déc 2007, (616) [cité 25 oct 2015]. Disponible sur: <http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er616.pdf>
47. Vanderschelden M. Les affectations des étudiants en médecine à l'issue des épreuves classantes nationales en 2008. Etudes Résultats [Internet]. janv 2009 [cité 25 oct 2015]; Disponible sur: <http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er676.pdf>
48. Fauvet L. Les affectations des étudiants en médecine à l'issue des épreuves classantes nationales en 2009. Dress Etudes Résultats [Internet]. févr 2010, (720) [cité 25 oct 2015]. Disponible sur: <http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er720-2.pdf>
49. Fauvet L. Les affectations des étudiants en médecine à l'issue des épreuves classantes nationales en 2010. Etudes Résultats [Internet]. juin 2011, (767) [cité 25 oct 2015]. Disponible sur: <http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er767-2.pdf>
50. Fauvet L, Romain O, Buisine S, Laurent P. Les affectations des étudiants en médecine à l'issue des épreuves classantes nationales en 2011. Etudes Résultats [Internet]. mars 2012, (802) [cité 25 oct 2015]. Disponible sur: <http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er802-2.pdf>
51. Godefroy P, Romain O, Buisine S, Laurent P. Les affectations des étudiants en médecine à l'issue des épreuves classantes nationales en 2012. Etudes Résultats [Internet]. sept 2013, (852) [cité 25 oct 2015]. Disponible sur: <http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er852.pdf>
52. Lerouge J, Taha A, Renard V. Etat des lieux de la Médecine générale universitaire au premier janvier 2013. 2013 [cité 12 juill 2015]; Disponible sur: http://www.cnge.fr/media/docs/cnge_site/cnge/Etat_des_lieux_Medecine_generale_U_2013_01.pdf

53. Association Nationale des Etudiants en Médecine de France. Stages en Ambulatoire, Propositions de l'ANEMF [Internet]. ANEMF; 2013 [cité 12 mars 2016]. Disponible sur: http://www.anemf.org/images/spip/pdf/contribution_stage_en_ambulatoire.pdf
54. Bachelet M. Les affectations des étudiants en médecine à l'issue des épreuves classantes nationales en 2013. Etudes Résultats [Internet]. oct 2014, (894) [cité 15 avr 2015]. Disponible sur: <http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er894.pdf>
55. Le Fur P, Bourgueil Y, Cases C. Le temps de travail des médecins généralistes. Une synthèse des données disponibles. Question D'économie de la Santé [Internet]. juill 2009, (144) [cité 28 oct 2014]. Disponible sur: <http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes144.pdf>
56. Ambroise-Thomas P. Propositions pour améliorer les conditions d'exercice des médecins généralistes. Bull Académie Natl Médecine. 2005;189(2):407-15.
57. Breuil-Genier P, Sicart D. La situation professionnelle des conjoints de médecins. Etudes Résultats [Internet]. sept 2005, (430) [cité 15 avr 2015]. Disponible sur: <http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er430.pdf>
58. Labarthe G. Les consultations et visites des médecins généralistes - Un essai de typologie -. Etudes Résultats [Internet]. juin 2004, (315) [cité 5 août 2015]. Disponible sur: <http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er315.pdf>
59. Robelet M, Lapeyre N, Zolesio E. Les pratiques professionnelles des jeunes générations de médecins. Genre, carrière et gestion des temps sociaux. Le cas des médecins âgés de 30 à 35 ans. [Internet]. 2006 [cité 6 août 2015]. Disponible sur: <http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/feminisationsociologie.pdf>
60. Baudier F, Bourgueil Y, Evrard I, Gautier A, Le Fur P, Mousquès J. La dynamique de regroupement des médecins généralistes libéraux de 1998 à 2009. Question D'économie de la Santé [Internet]. 2010, (157) [cité 13 janv 2015]. Disponible sur: <http://www.irdes.fr/Publications/2010/Qes157.pdf>
61. Observatoire régional de la santé, Union régional des médecins libéraux. L'exercice en cabinet de groupe des médecins généralistes des Pays de la Loire. Panel En Médecine Générale. févr 2013;8.
62. Mousques J, Bourgueil Y. L'évaluation de la performance des maisons, pôles et centres de santé dans le cadre des Expérimentations des nouveaux modes de rémunération (ENMR) sur la période 2009-2012. Irdes Rapp [Internet]. déc 2014, (559) [cité 22 juin 2015]. Disponible sur: <http://www.irdes.fr/recherche/rapports/559-l-evaluation-de-la-performance-des-maisons-poles-et-centres-de-sante-dans-le-cadre-des-enmr.pdf>
63. Afrite A, Bourgueil Y, Daniel F, Mousques J. L'impact du regroupement pluriprofessionnel sur l'offre de soins - Objectifs et méthode de l'évaluation des maisons, pôles et centres de santé dans le cadre de l'expérimentation des nouveaux modes de rémunération. 2013, (189) [cité 12 janv 2015]. Disponible sur: <http://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/189-l-impact-du-regroupement-pluriprofessionnel-sur-l-offre-de-soins.pdf>
64. Farge T, Figon S, Le Goaziou M-F. Erreurs médicales: comprendre et prévenir. Rev Prat Médecine Générale. 12 nov 2008;22(809):899-903.

65. Dusmesnil H, Serre BS, Régi J-C, Leopold Y, Verger P. Épuisement professionnel chez les médecins généralistes de ville : prévalence et déterminants. *Santé Publique*. 5 oct 2009;Vol. 21(4):355-64.
66. Afrite A, Mousques J. Les formes du regroupement pluriprofessionnel en soins de premiers recours. *Quest Déconomie Santé* [Internet]. sept 2014, (201) [cité 22 juin 2015]. Disponible sur: <http://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/201-les-formes-du-regroupement-pluriprofessionnel-en-soins-de-premiers-recours.pdf>
67. Audric S. L'exercice en groupe des médecins libéraux. *Etudes Résultats* [Internet]. 2004, (314) [cité 9 févr 2015]. Disponible sur: <http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er314.pdf>
68. Secrétariat Général du Gouvernement. Legifrance, le service public de la diffusion du droit [Internet]. Légifrance. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/>
69. Bertet J-G, Chapuis J, Delorme P, Feuillet H, Gamier F, Lugand M, et al. Conditions d'exercice des médecins généralistes des Pays de la Loire en 2007. *Obs Régional Santé Union Régionale Médecins Libéraux* [Internet]. févr 2008 [cité 26 nov 2015]; Disponible sur: http://www.santepaysdelaloire.com/ors/sites/ors/files/publications/PanelIMG/2008panel1_v1_rapport.pdf
70. Leroux M-E. Modes d'exercice particulier et diversification de l'exercice en médecine générale. Enquête descriptive auprès d'un échantillon représentatif de médecins généralistes en Meurthe-et-Moselle [Internet]. [Nancy]: Université Henri Poincaré Nancy 1; 2009 [cité 26 nov 2015]. Disponible sur: http://docnum.univ-lorraine.fr/public/SCDMED_T_2009_LEROUX_MARC_EDOUARD.pdf
71. Zeiger G, Gozlan A, Chardin E, Arenou C, Aynaud O, Bret Bollaert A, et al. Enquête sur les conditions d'exercice des médecins libéraux d'île de France. *Union Régionale Médecins Libéraux Ile Fr* [Internet]. juin 2000 [cité 26 nov 2015]; Disponible sur: http://urml-idf.org/upload/etudes/etude_010622.pdf
72. Avoie, Farouz, Perrein, Pujos. Des modes d'exercice pas si particuliers! *Union Régionale Médecins Libéraux Aquitaine* [Internet]. nov 1999 [cité 26 nov 2015]; Disponible sur: http://urpsmla.org/IMG/pdf/MEP_1999-2.pdf
73. Dourgnon P, Grandfils N, Sourty-Le Guellec M-J. Apport de l'informatique dans la pratique médicale. *Bull Inf En Économie Santé*. mars 2000;(26):6.
74. Paoli P, Merllié D. Troisième enquête européenne sur les conditions de travail [Internet]. *Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail*; 2001 [cité 25 févr 2016]. Disponible sur: http://www.eurofound.europa.eu/sites/default/files/ef_files/pubdocs/2001/21/fr/1/ef0121fr.pdf
75. Parent-Thirion A, Fernandez Macias E, Hurley J, Vermeylen G. Quatrième enquête européenne sur les conditions de travail. *Fond Eur Pour Amélioration Cond Vie Trav* [Internet]. 2007 [cité 14 déc 2015]; Disponible sur: http://www.eurofound.europa.eu/sites/default/files/ef_files/pubdocs/2006/98/fr/1/ef0698fr.pdf

76. Algava E, Chouanière D, Cohidon C, Dubré J-Y, Kittel F, Leclerc A, et al. Stress au travail et santé. Situation chez les indépendants. [Internet]. Les éditions Inserm; 2011 [cité 15 mars 2015]. Disponible sur: <http://www.ipubli.inserm.fr/bitstream/handle/10608/217/Sommaire.html>
77. Kivimäki M, Virtanen M, Elovainio M, Kouvonen A, Väänänen A, Vahtera J. Work stress in the etiology of coronary heart disease--a meta-analysis. *Scand J Work Environ Health*. déc 2006;32(6):431-42.
78. Stansfeld S, Candy B. Psychosocial work environment and mental health—a meta-analytic review. *Scand J Work Environ Health*. 1 déc 2006;32(6):443-62.
79. Karasek RA. Job Demands, Job Decision Latitude, and Mental Strain: Implications for Job Re-design. *Adm Sci Q*. 1979;24(2):285-308.
80. Karasek R, Theorell T. *Healthy Work: Stress, Productivity, and the Reconstruction of Working Life*. Basic Books; 1990. 398 p.
81. Johnson JV, Hall EM, Theorell T. Combined effects of job strain and social isolation on cardiovascular disease morbidity and mortality in a random sample of the Swedish male working population. *Scand J Work Environ Health*. août 1989;15(4):271-9.
82. Karasek R, Brisson C, Kawakami N, Houtman I, Bongers P, Amick B. The Job Content Questionnaire (JCQ): an instrument for internationally comparative assessments of psychosocial job characteristics. *J Occup Health Psychol*. oct 1998;3(4):322-55.
83. Niedhammer I. Psychometric properties of the French version of the Karasek Job Content Questionnaire: a study of the scales of decision latitude, psychological demands, social support, and physical demands in the GAZEL cohort. *Int Arch Occup Environ Health*. mars 2002;75(3):129-44.
84. Niedhammer I, Chastang J-F, Gendrey L, David S, Degioanni S. Propriétés psychométriques de la version française des échelles de la demande psychologique, de la latitude décisionnelle et du soutien social du « Job Content Questionnaire » de Karasek : résultats de l'enquête nationale SUMER. *Santé Publique*. 2006;18(3):413-27.
85. Siegrist J. Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions. *J Occup Health Psychol*. janv 1996;1(1):27-41.
86. Siegrist J. The Social Causation of Health and Illness. In: *Handbook of Social Studies in Health and Medicine* [Internet]. London: SAGE Publications Ltd; 2000 [cité 24 févr 2016]. p. 100-14. Disponible sur: http://sk.sagepub.com/reference/hdbk_socstudyhealth/n8.xml
87. Miller DT. Disrespect and the experience of injustice. *Annu Rev Psychol*. 2001;52:527-53.
88. Elovainio M, Kivimäki M, Vahtera J. Organizational justice: evidence of a new psychosocial predictor of health. *Am J Public Health*. janv 2002;92(1):105-8.
89. Moorman RH. Relationship between organizational justice and organizational citizenship behaviors: Do fairness perceptions influence employee citizenship? *J Appl Psychol*. 1991;76(6):845-55.

90. Nyberg A, Westerlund H, Magnusson Hanson LL, Theorell T. Managerial leadership is associated with self-reported sickness absence and sickness presenteeism among Swedish men and women. *Scand J Public Health*. nov 2008;36(8):803-11.
91. Henry JP. Biological basis of the stress response. *Integr Physiol Behav Sci Off J Pavlov Soc*. mars 1992;27(1):66-83.
92. Segerstrom SC, Miller GE. Psychological Stress and the Human Immune System: A Meta-Analytic Study of 30 Years of Inquiry. *Psychol Bull*. juill 2004;130(4):601-30.
93. Amami O, Akrouf R, Thabet-Kamoun JB, Ketata W, Siala-Kamoun M. Psychogénèse du cancer. *Inf Psychiatr*. 1 oct 2006;Volume 82(8):683-8.
94. Spiegel D, Bloom JR, Kraemer HC, Gotthel E. Effect of psychosocial treatment on survival of patients with metastatic breast cancer. *Lancet Lond Engl*. 14 oct 1989;2(8668):888-91.
95. Mayer E. The neurobiology of stress and gastrointestinal disease. *Gut*. déc 2000;47(6):861-9.
96. Zhao X, Seese RR, Yun K, Peng T, Wang Z. The role of galanin system in modulating depression, anxiety, and addiction-like behaviors after chronic restraint stress. *Neuroscience*. 29 août 2013;246:82-93.
97. Zullino D, Krenz S, Besson J, Borgeat F. Anxiété, addictions, stress : mécanismes communs. *Médecine Hygiène*. 2002;60(2406):1727-9.
98. Kormos V, Gaszner B. Role of neuropeptides in anxiety, stress, and depression: from animals to humans. *Neuropeptides*. déc 2013;47(6):401-19.
99. Belkic KL, Landsbergis PA, Schnall PL, Baker D. Is job strain a major source of cardiovascular disease risk? *Scand J Work Environ Health*. avr 2004;30(2):85-128.
100. Everson-Rose SA, Lewis TT. Psychosocial factors and cardiovascular diseases. *Annu Rev Public Health*. 2005;26:469-500.
101. Byrne D g., Espnes GA. Occupational stress and cardiovascular disease. *Stress Health*. 1 août 2008;24(3):231-8.
102. Ogden J. *Psychologie de la santé*. De Boeck; 2014. 605 p.
103. World Health Organization. Organisation mondiale de la Santé [Internet]. [cité 24 févr 2016]. Disponible sur: <http://www.who.int/fr/>
104. Bonde JPE. Psychosocial factors at work and risk of depression: a systematic review of the epidemiological evidence. *Occup Environ Med*. juill 2008;65(7):438-45.
105. Siegrist J. Chronic psychosocial stress at work and risk of depression: evidence from prospective studies. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. nov 2008;258 Suppl 5:115-9.
106. Cohidon C, Geoffroy-Perez B, Fouquet A, Le Naour C, Goldberg M, Imbernon E. Suicide et activité professionnelle en France : premières exploitations de données disponibles. *Santé Trav* [Internet]. avr 2010 [cité 20 déc 2015]; Disponible sur: http://www.invs.sante.fr/publications/2010/suicide_activite_professionnelle_france/rapport_suicide_activite_professionnelle_france.pdf

107. Ha C, Roquelaure Y. Troubles musculo-squelettiques d'origine professionnelle en France. Où en est-on aujourd'hui?. BEH. (5-6):35-7.
108. Ferrand J-F, Chastang J-F, Ravaut J-F, Leclerc A. Travail et santé: Quelques résultats portant sur la population active, issus de l'enquête HID. mars 2005;66(1):1-11.
109. Macfarlane GJ, Pallewatte N, Paudyal P, Blyth FM, Coggon D, Crombez G, et al. Evaluation of work-related psychosocial factors and regional musculoskeletal pain: results from a EULAR Task Force. Ann Rheum Dis. juin 2009;68(6):885-91.
110. Bongers PM, Ijmker S, van den Heuvel S, Blatter BM. Epidemiology of work related neck and upper limb problems: psychosocial and personal risk factors (part I) and effective interventions from a bio behavioural perspective (part II). J Occup Rehabil. sept 2006;16(3):279-302.
111. van Rijn RM, Huisstede BMA, Koes BW, Burdorf A. Associations between work-related factors and the carpal tunnel syndrome--a systematic review. Scand J Work Environ Health. janv 2009;35(1):19-36.
112. D'Souza JC, Franzblau A, Werner RA. Review of epidemiologic studies on occupational factors and lower extremity musculoskeletal and vascular disorders and symptoms. J Occup Rehabil. juin 2005;15(2):129-65.
113. Bugajska J, Żońnierczyk-Zreda D, Jędryka-Góral A, Gasik R, Hildt-Ciupińska K, Malińska M, et al. Psychological factors at work and musculoskeletal disorders: a one year prospective study. Rheumatol Int. 2013;33(12):2975-83.
114. Palmer KT, Smedley J. Work relatedness of chronic neck pain with physical findings--a systematic review. Scand J Work Environ Health. juin 2007;33(3):165-91.
115. van Rijn RM, Huisstede BMA, Koes BW, Burdorf A. Associations between work-related factors and specific disorders at the elbow: a systematic literature review. Rheumatol Oxf Engl. mai 2009;48(5):528-36.
116. Marras WS. Occupational low back disorder causation and control. Ergonomics. juill 2000;43(7):880-902.
117. Kiecolt-Glaser JK, Gouin J-P, Hantsoo L. Close Relationships, Inflammation, and Health. Neurosci Biobehav Rev. sept 2010;35(1):33-8.
118. Elfering A, Grebner S, Gerber H, Semmer NK. Workplace observation of work stressors, catecholamines and musculoskeletal pain among male employees. Scand J Work Environ Health. oct 2008;34(5):337-44.
119. Jansson C, Jeding K, Lagergren J. Job strain and risk of esophageal and cardia cancers. Cancer Epidemiol. déc 2009;33(6):473-5.
120. Chen W-Q, Wong T-W, Yu T-S. Direct and interactive effects of occupational stress and coping on ulcer-like symptoms among Chinese male off-shore oil workers. Am J Ind Med. juin 2009;52(6):500-8.
121. Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail. Rapport annuel 2007 [Internet]. 2007 [cité 19 sept 2015] p. 40. Disponible sur:

- https://www.eurofound.europa.eu/sites/default/files/ef_files/pubdocs/2008/22/fr/1/ef0822fr.pdf
122. Milczarek M, Schneider E, Rial Gonzalez E. OSH in figures: stress at work — facts and figures. Eur Agency Saf Health Work. 2009;143.
 123. Jamal M. Burnout and self-employment: a cross-cultural empirical study. Stress Health. 1 oct 2007;23(4):249-56.
 124. Roussillon S, Duval-hamel J. Le stress des dirigeants : mythe, compétence clé, risque pour l'entreprise ? EMLYON Bus Sch [Internet]. sept 2006 [cité 20 sept 2015]; Disponible sur: [about:reader?url=http%3A%2F%2Fwww.em-lyon.com%2Ffr%2Ffaculte-recherche-enseignement-superieur%2Ffaculte-recherche-emlyon%2F2006-09-20/le-stress-des-dirigeants-mythe-compete-ence-enseignant-superieur-2006-09-20](http://www.em-lyon.com/fr/2006/09/20/le-stress-des-dirigeants-mythe-compete-ence-enseignant-superieur-2006-09-20)
 125. Algava E, Vinck L. Les conditions de travail des non-salariés en 2005. Prem Synthèses Inf [Internet]. 2009, (50.1) [cité 17 sept 2015]. Disponible sur: <http://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/2009-12-50-1.pdf>
 126. Lévesque M, Sheperd DA, Douglas EJ. Employment or self-employment: A dynamic utility-maximizing model. J Bus Ventur. 2002;(17):189-210.
 127. Hamon-Cholet S. Les conditions de travail des non-salariés sont proches de celles des salariés. Econ Stat. 1998;319(1):113-25.
 128. Parent-Thirion A, Vermeylen G, Van Houten G, Lyly-Yrjanainen M, Biletta I, Cabrita J. Fifth European Working Conditions Survey [Internet]. Luxembourg; 2012 [cité 15 févr 2015]. (Eurofound). Disponible sur: http://eurofound.europa.eu/sites/default/files/ef_files/pubdocs/2011/82/en/1/EF1182EN.pdf
 129. Merton RK. Social Theory and Social Structure. 1957.
 130. Eager B, Maritz P. Entrepreneurial stress: a conceptual model [Internet]. 2011 [cité 22 déc 2015]. Disponible sur: <http://www.researchbank.swinburne.edu.au/vital/access/services/Download/swin:20687/SOURCE2>
 131. Gollac M, Bodier M. Mesurer les facteurs psychosociaux de risque au travail pour les maîtriser [Internet]. Ministère du travail, de l'emploi et de la santé; 2011 avr [cité 17 mars 2015]. Disponible sur: http://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_SRPST_definitif_rectifie_11_05_10.pdf
 132. Bernon J. Réseau Anact et prise en compte du travail dans la prévention des risques psychosociaux. In: Stress au travail et santé-La situation chez les indépendants [Internet]. Insem; 2011 [cité 21 déc 2015]. p. 461-71. Disponible sur: <http://www.ipubli.inserm.fr/bitstream/handle/10608/217/?sequence=32>
 133. Desprès P, Grimbert I, Lemery B, Bonnet C, Aubry C, Colin C, et al. Santé physique et psychique des médecins généralistes. Etudes Résultats [Internet]. juin 2010, (731) [cité 5 août 2015]. Disponible sur: <http://www.drees.sante.gouv.fr/sante-physique-et-psychique-des-medecins-generalistes,6581.html>

134. Firth-Cozens J. Doctors, their wellbeing, and their stress. *BMJ*. 29 mars 2003;326(7391):670-1.
135. Caplan RP. Stress, anxiety, and depression in hospital consultants, general practitioners, and senior health service managers. *BMJ*. 12 nov 1994;309(6964):1261-3.
136. Lévy D. Le métier de médecin aujourd'hui. *Rev Fr Aff Soc*. 16 déc 2011;n° 2-3(2):297-309.
137. Lemery B, Bonnet C, Aubry C, Colin C. Le panel de médecins généralistes en Bourgogne [Internet]. 2008 [cité 5 août 2015]. Disponible sur: <http://orsbourgogne.free.fr/Panel1.pdf>
138. Hiltbrand G. Etude comparative des conditions de vie et de la qualité de vie des médecins généralistes en Rhône-Alpes, selon leur lieu d'exercice [Internet]. [Lyon]: Claude Bernard-Lyon 1; 2008 [cité 20 janv 2015]. Disponible sur: http://www.urps-med-ra.fr/upload/editor/THESE_HILTBRAND_1265019808060.pdf
139. Maslach C, Jackson SE. The measurement of experienced burnout. *J Occup Behav*. 1981;2:99-113.
140. Cathébras P, Begon A, Laporte S, Bois C, Truchot D. Épuisement professionnel chez les médecins généralistes. *Presse Médicale*. déc 2004;33(22):1569-74.
141. Vauin-Villemeney C. Prévalence du Burn out en médecine générale : Enquête nationale auprès de 221 médecins généralistes du réseau sentinelles [Internet]. [Paris]: René Descartes Paris 5; 2007 [cité 13 sept 2015]. Disponible sur: <http://www.youscribe.com/catalogue/tous/sante-et-bien-etre/medecine/these-burnout-526682>
142. Observatoire régional de la Santé, Union régional des médecins libéraux. Vie professionnelle, vécu du travail et état de santé des médecins généralistes des Pays de la Loire en 2008 [Internet]. 2010 [cité 15 mars 2015]. Disponible sur: http://www.santepaysdelaloire.com/fileadmin/documents/ORS/ORS_pdf/panelMG/2010panel1_V4_synthese.pdf
143. Leopold Y. Les chiffres du suicide chez les médecins. Conseil national de l'ordre des médecins; 2003 oct.
144. Boxer PA, Burnett C, Swanson N. Suicide and occupation: a review of the literature. *J Occup Environ Med Am Coll Occup Environ Med*. avr 1995;37(4):442-52.
145. Agerbo E, Gunnell D, Bonde JP, Mortensen PB, Nordentoft M. Suicide and occupation: the impact of socio-economic, demographic and psychiatric differences. *Psychol Med*. août 2007;37(8):1131-40.
146. Hawton K, van Heeringen K. Suicide. *The Lancet*. avr 2009;373(9672):1372-81.
147. Goehring C, Bouvier Gallacchi M, Künzi B, Bovier P. Psychosocial and professional characteristics of burnout in Swiss primary care practitioners: a cross-sectional survey. *Swiss Med Wkly*. 19 févr 2005;135(7-8):101-8.
148. Edwards N, Kornacki MJ, Silversin J. Unhappy doctors: what are the causes and what can be done? *BMJ*. 6 avr 2002;324(7341):835-8.

149. Conseil National de l'ordre des médecins. La grande consultation [Internet]. 2015 [cité 2 janv 2016]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/resultatsdelagrandeconsultation_0.pdf
150. Union Régionale des médecins libéraux de Bourgogne. Burn out des médecins bourguignons: l'enquête qui dit tout [Internet]. 2010 [cité 23 déc 2015]. Disponible sur: <http://www.urps-med-bourgogne.org/wp-content/uploads/2014/10/urmlcp0610bret3.pdf>
151. Attal-Toubert K, Fréchou H, Guillaumat-Tailliet F. Le revenu global d'activité des médecins ayant une activité libérale. INSEE. 2009;64-76.
152. Pla A, Mikol F. Les revenus d'activité des médecins libéraux récemment installés : évolutions récentes et contrastes avec leurs aînés. INSEE [Internet]. 2015 [cité 11 oct 2015]; Disponible sur: http://www.insee.fr/fr/ffc/docs_ffc/REVAIND15_c_D2_sante.pdf
153. Godeluck S. La rémunération des médecins généralistes continue d'augmenter. Echos [Internet]. janv 2015 [cité 11 oct 2015]; Disponible sur: http://www.lesechos.fr/08/01/2015/LesEchos/21851-026-ECH_la-remuneration-des-medecins-generalistes-continue-d-augmenter.htm
154. Barlet M, Bellamy V, Guillaumat-Tailliet F, Jakoubovitch S. Médecins généralistes : que pensent-ils de leur rémunération? Rev Fr Aff Soc. févr 2011;(2-3):123-55.
155. Blanchet A, Gotman A. L'entretien. Deuxième édition. Armand Colin; 2015. 128 p.
156. Bardin L. L'analyse de contenu. PUF. Paris; 2013. 291 p. (Quadrige manuels).
157. Le Breton-Lerouillois G, Rault J-F. La démographie médicale en région Pays-de-la-Loire. Situation en 2013. Ordre Natl Médecins [Internet]. 2014 [cité 28 févr 2016]; Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/pays_de_la_loire_2013_0.pdf

ANNEXES

Annexe 1 : Questionnaire quantitatif

A . Etat civil

1. Etes-vous : un homme/une femme ?
2. Dans quelle tranche d'âge vous situez-vous ?
 - Moins de 45 ans
 - Entre 45 et 55 ans
 - Plus de 55 ans
3. Depuis combien de temps êtes-vous installés ?
 - Moins de 10 ans
 - Entre 10 et 20 ans
 - Plus de 20 ans

B. Organisation du cabinet

4. Travaillez-vous :
 - Seul ?
 - Dans un cabinet de 2 ou 3 médecins ?
 - Dans un cabinet de plus de 3 médecins ?
5. Avez-vous un secrétariat ?
 - Oui
 - Non
6. Si oui, est-ce :
 - Un secrétariat à temps plein ?
 - Un secrétariat à temps partiel ?
7. Avez-vous un comptable ?
 - Oui
 - Non
8. Vos dossiers-patients sont-ils informatisés ?
 - Oui
 - Non
9. Utilisez-vous une société comme cadre administratif pour votre cabinet ?
 - Oui
 - Non
10. Si oui, est-ce :
 - Une Société Civile de Moyen (SCM) ?
 - Une Société Civile Professionnelle (SCP) ?
 - Une Société d'Exercice Libérale (SEL) ?
 - Autre

C. Emploi du temps

11. Combien de demi-journées travaillez-vous par semaine dans le cadre de votre activité libérale ? ...
12. Travaillez-vous le samedi matin ?

- Oui
 - Non
13. Combien de semaines de vacances prenez-vous en moyenne sur une année? ...
14. Participez-vous à la permanence des soins ?
- Oui
 - Non
15. Si oui, combien de gardes effectuez-vous en moyenne sur une année? ...
16. Avez-vous une autre activité professionnelle que celle pratiquée au cabinet médical ?
- Oui
 - Non
17. Si oui, combien de demi-journées y consacrez-vous par semaine ? ...

D. Activité professionnelle

18. Combien d'actes avez-vous effectué sur l'année précédente? ...
19. Combien de consultations avez-vous effectué sur l'année précédente ? ...
20. Combien de visites avez-vous effectué sur l'année précédente? ...

Annexe 2 : Plan d'entretien initial

Consigne initiale : Dans votre activité quotidienne de médecin généraliste libéral, dites-moi ce qui est source de stress pour vous.

Thème 1 : Evaluation de la tension psychologique sous-tendue par l'organisation du travail

Points à aborder :

- Pression temporelle : retard, rythme des consultations
- Tâches administratives : Poids, lourdeur, angoisse
- Interruption lors des consultations : téléphone, secrétariat
- Ressenti : à l'aise, mal à l'aise, épuisé, sous tension,...
- Permanence des soins

Thème 2 : Evaluation de la tension sous-tendue par la relation médecin-malade

Points à aborder :

- Rapport à la maladie, souffrance détresse
- Evolution sociétale : remise en doute du médecin, exigences
- Médico-légal

Thème 3 : Evaluation de la tension sous-tendue par la relation aux tutelles

Points à aborder :

- Perte d'autonomie, sentiment d'être surveillé, contraint

Thème 4 : Est-ce que je me sens épaulé ?

Points à aborder :

- Par mes confrères : professionnellement, affectivement
- Par mon entourage

Thème 5 : Retentissement de la vie professionnelle sur la vie extra-professionnelle :

Points à aborder :

- Famille
- Loisirs
- Intégration sociale : amis, associatif,....

Thème 6 : Ressenti personnel par rapport au métier

Points à aborder :

- Satisfaction ?
- Sentiment d'accomplissement personnel ?
- Fierté, regret, désabus,....

Annexe 3 : Plan d'entretien final

Consigne initiale : Dans votre activité quotidienne de médecin généraliste libéral, dites-moi ce qui est source de stress pour vous.

Thème 1 : Evaluation de la tension psychologique sous-tendue par l'organisation du travail

Points à aborder :

- Pression temporelle : retard, rythme des consultations
- Tâches administratives : concernant le patient, les tâches de gestion
- Interruption lors des consultations : téléphone, secrétariat
- Ressenti : à l'aise, mal à l'aise, épuisé, sous tension,...

Thème 2 : Evaluation de la tension sous-tendue par la relation médecin-malade

Points à aborder :

- Rapport à la maladie, souffrance détresse
- Evolution sociétale : remise en doute du médecin, exigences
- Médico-légal

Thème 3 : Evaluation de la tension sous-tendue par la relation aux tutelles

Points à aborder :

- Perte d'autonomie, sentiment d'être surveillé, contraint

Thème 4 : Est-ce que je me sens épaulé ?

Points à aborder :

- Par mes confrères : médecins du cabinet, médecins spécialistes
- Par mon entourage
- Par les internes

Thème 5 : Retentissement de la vie professionnelle sur la vie extra-professionnelle :

Points à aborder :

- Famille
- Loisirs

Thème 6 : Rémunération

- Niveau de rémunération
- Mode de rémunération

Thème 7 : L'avenir de la profession

- Loi santé
- En général

Thème 8 : Ressenti personnel par rapport au métier

Points à aborder :

- Satisfaction ?
- Sentiment d'accomplissement personnel ?
- Fierté, regret, désabus,....

Annexe 4 : Grille d'analyse :

Thèmes	Sous-thèmes	Verbatims
Relation avec les patients	Exigence des patients	
	Attitude de consumérisme	
	Conséquence des médias	
	Risque médico-légal	
Charge de travail	Objective	
	Subjective	
	Psychique	
Tâches administratives	Pour le patient	
	Gestion du cabinet	
	Gestion du personnel	
Relation avec les autorités de santé		
	Manque de disponibilité	
Soutien social	Au sein du cabinet	
	Confrères libéraux hors cabinet	
	Médecins hospitaliers	
	Internes	
	Paramédicaux	
	Solitude	
Rémunération	Niveau de rémunération	
	Mode de rémunération	
	Gestion financière	
Vie extra-professionnelle		
Satisfaction	Satisfaction	
	Regret	
Avenir de la profession	Loi de santé	
	En général	
Organisation du cabinet	Gestion du temps	
	Informatique	
	Projets	
	Secrétariat	
	Regroupement	
	Cadre juridique	
Représentations personnelles du médecin	Rôle du médecin	
	Ressenti	
Souci de transmission		

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque.