

Processus de construction du rapport des médecins généralistes libéraux à leur propre santé : retour sur une recherche-action menée en Haute-Normandie

Magali MANZANO, Psychologue du travail, Santé au Travail 72 – m.manzano@st72.org

Dominique LHUILIER, Professeur émérite, CNAM, CRTD dominique.lhuilier@cnam.fr

Introduction

Les médecins ont rarement fait l'objet d'étude en matière de santé au travail (Estryn-Béhar, 2002) comme la population des médecins généralistes d'ailleurs (Truchot, 2001, 2002, 2004 ; Daniellou, Davezies, 2004).

Pourtant, cette tendance semble s'inverser depuis quelques années notamment avec le nombre croissant d'études sur le syndrome d'épuisement professionnel chez les médecins généralistes (burn-out) qui pourrait être en voie de reconnaissance en tant que maladie professionnelle. Même si la littérature scientifique, médicale en particulier, met l'accent sur l'état de santé des médecins généralistes et sur la façon dont ils se prennent en charge, rares sont les études portant sur le processus de construction du rapport des médecins à leur propre santé.

Pourtant, cette « grille de lecture », complémentaire aux approches quantitatives, permettrait d'éclairer voire de discuter les constats réalisés et de dégager des leviers d'actions en terme de prévention.

Il sera question dans cet écrit d'aborder les différents temps de cette recherche-action, c'est-à-dire de revenir sur le contexte de la demande, la définition de l'objet de l'intervention, la méthode utilisée ainsi que les principaux éléments de compréhension et d'analyse qui ont émergé.

Contexte d'apparition de la demande

La profession médicale ne cesse d'évoluer, tant au plan de ses conditions d'exercice que de sa composition.

Les évolutions de la démographie médicale (féminisation, vieillissement, disparités régionales), l'introduction des technologies de l'information et de la communication (TIC) dans le cabinet médical, la création des Epreuves Classantes Nationales (ECN), la loi du 4 mars 2002¹ suivi de celle du 13 août 2004² instaurant l'Evaluation des Pratiques Professionnelles (EPP), la spécialisation de la médecine générale...témoignent de la multiplication de ces transformations.

Pour ce qui concerne les médecins généralistes libéraux, ils se sentent les plus directement sollicités par l'ensemble des changements qui affectent le champ de la santé : chronicisation des pathologies, patients plus actifs dans les décisions médicales, intensification des régulations publiques visant à la viabilité financière du système de protection sociale. Ces médecins sont à la fois en position d'entrée dans le système de soins, aux avant postes en somme comme les urgentistes, mais ils ne bénéficient pas de la protection de la structure hospitalière (Paraponaris, 2011).

Un rapport du Conseil National de l'Ordre des Médecins français (2007) conclut dans sa première partie que « la médecine générale est en crise ». Selon ce rapport, les effectifs de médecins généralistes sont nettement inférieurs aux besoins, de nombreux cabinets ferment faute de successeur tant en milieu rural qu'en milieu urbain, la création de cabinets dans des villes nouvelles en pleine expansion est courante, le renouvellement d'associés dans des cabinets de groupes à activité intense est très problématique.

Sur les dix dernières années, une accélération du mouvement des cessations d'activité est observée (retraite ou départ hors région). Ce qui a conduit à commander plusieurs études sur les conditions et mobiles de ces départs. Celles-ci soulignent essentiellement deux facteurs conjugués : l'épuisement professionnel et la solitude professionnelle (Vega, 2007) ; et distinguent quatre classes de motivation à ces départs : des événements personnels ou familiaux imposant de cesser l'activité (au premier rang desquels les problèmes de santé), un désenchantement vis-à-vis du métier exercé en mode libéral, un rapport dégradé à l'environnement institutionnel, avec le sentiment d'un décalage grandissant entre le statut libéral et les approches gestionnaires et comptables des politiques publiques de santé (Blandin, Cabé, 2008). La disparition du Mécanisme d'Incitation à la Cessation d'Activité³ (MICA) n'a pas endigué ses départs, d'autant plus préoccupants que l'âge moyen des généralistes est proche de 50 ans, ce qui pose le problème du renouvellement de la pyramide des âges.

Dés 2003, le Conseil National de l'Ordre a mis en place un Observatoire de la Sécurité. Ce dernier relevait l'existence de 531 incidents dont ont été victimes respectivement 322 généralistes et 209 spécialistes. Le cabinet du praticien était la scène des incidents dans 57,

¹ Loi n° 2002-303 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

² Loi n° 2004-810 relative à l'assurance maladie.

³ Le MICA était un régime de préretraite destiné aux médecins libéraux conventionnés. Ce régime, créé en 1988, avait pour objectif de réduire l'offre de soins ambulatoires et de contribuer à maîtriser les dépenses. Il était géré par la CARMF pour le compte de la CNAMTS et consistait dans l'octroi d'une allocation de remplacement de revenu aux médecins libéraux conventionnés cessant leur activité entre 57 et 65 ans. En moyenne, sur la période 2000-2002, 3600 médecins ont bénéficié du MICA chaque année. C'est donc un quart des médecins libéraux non retraités âgés de 57 à 65 ans qui ont bénéficié de ce régime de préretraite. Le MICA a été en vigueur jusqu'au 1^{er} octobre 2003.

5% des cas, le vol sur le lieu d'exercice dans 22% des cas et l'agression physique dans 10,5% des cas. Pour l'institut IPSOS, les généralistes étaient les plus exposés et surtout en Ile-de-France.

Le Conseil National de l'Ordre avait publié, à cette même période, des chiffres éloquentes sur les suicides chez les médecins généralistes libéraux et de nombreux rapports d'études pour les Unions Régionales des Médecins Libéraux (URML) font état du risque d'épuisement professionnel encouru par les médecins généralistes libéraux en Bourgogne⁴, en Bretagne⁵ et en Poitou-Charentes⁶.

Pour autant, force est de constater qu'aucune démarche de prévention n'a été entamée pour comprendre et agir face à ces constats⁷.

Demande et objet de la recherche-action

Les Conseils Départementaux de l'Ordre des Médecins de Seine-Maritime (CDOM 76) et de l'Eure (CDOM 27) ont souhaité étudier la faisabilité de la mise en place de prestations de santé au travail pour les médecins libéraux. En effet, ils remarquent être de plus en plus appelés pour soutenir et accompagner les médecins dans leur problèmes quotidiens : surendettement, souffrance au travail, souhait d'arrêter la profession ou de changer de mode d'exercice, conduites addictives, maladies. « *Trop de médecins sont décimés par la maladie (surtout des cancers) ou meurent brutalement d'infarctus* ».

Ces décès seraient dus à la surcharge de travail à laquelle les médecins de la Région font face, mais pas seulement. Ils déplorent le fait que ces maladies n'aient pas été dépistées suffisamment tôt, car les médecins auraient tendance à négliger leur santé.

Cette recherche-action se propose donc d'explorer le lien existant entre le rapport à l'activité du médecin en libéral et le rapport à sa propre santé. Il s'agit d'analyser les liens subjectifs que les professionnels entretiennent avec leur propre santé afin de mieux comprendre les pratiques de ces acteurs en terme de prise en charge de soi et de mettre au jour les ressources et les freins susceptibles d'intervenir tout au long de ce processus. Cette investigation permettrait ainsi contribuer à penser la question de la mise en place du dispositif envisagé en matière de prévention.

Dans cette perspective, nous nous sommes attachés à étudier deux questions: le repérage et la qualification des risques professionnels et la régulation et la non régulation de ces risques perçus – susceptibles d'éclairer les réticences d'origine professionnelle et leurs ressorts.

Ainsi, notre objet de recherche est le processus de construction du rapport des médecins généralistes libéraux à leur propre santé en situation de travail.

Par l'expression « rapport à la santé », nous entendons deux niveaux dont l'intrication est mouvante et co-construite en permanence. Santé subjective d'un part, telle qu'elle est appréhendée, vécue par le sujet lui-même. Santé agie d'autre part, c'est à dire celle qui

⁴ Truchot, 2001 ;

⁵ Levasseur, Schweyer , Tréguer, 2003

⁶ Truchot, 2002 ; Daniellou et Davezies, 2004.

⁷ Si ce n'est toutefois, le dispositif élaboré et mis en place le 01^{er} juin 2005 par le coordinateur de l'Association d'Aide Professionnelle aux Médecins Libéraux. Il s'agit d'un dispositif d'écoute pour la population médicale d'Ile-de-France, élaboré avec le soutien de l'Union Régionale des Médecins Libéraux d'Ile-de-France.

transparaît dans les comportements et stratégies du médecin libéral, de façon explicite ou implicite, dans son activité quotidienne.

Cette intervention nous offrait donc la possibilité de construire collectivement des connaissances intéressantes pour les médecins libéraux, pour les membres du comité de pilotage mais aussi pour les médecins du travail susceptibles d'être impliqués dans le dispositif de santé au travail envisagé.

Méthode

La recherche-action a été menée en coopération entre conseillers ordinaires (eux-mêmes médecins en exercice), médecins du travail du Centre Hospitalo-Universitaire de Rouen (CHU), l'Union Régionale des Médecins Libéraux de Haute-Normandie (URMLHN) et deux psychologues du travail.

Les psychologues du travail ont été chargées de conduire des entretiens avec des omnipraticiens libéraux, de présenter leurs analyses au sein du comité de pilotage composé de membres des différentes instances citées ci-dessus et de favoriser la co-construction du projet et futur dispositif de prévention par les différents acteurs.

Ce groupe de travail/réflexion, lors de réunions mensuelles, a travaillé autour des questions suivantes : la santé des médecins libéraux et leur prise en charge, la possibilité en fonction des informations recueillies et traitées de mettre en place un dispositif de médecine préventive pour les médecins libéraux.

Notre hypothèse principale, discutée en comité de pilotage, est que le mode d'exercice en libéral tend à progressivement façonner les attitudes et les comportements des médecins envers leur propre santé. Ceux-ci sont préalablement orientés par la socialisation professionnelle lors des études de médecine notamment (Baszanger, 1981 ; 1983). Puis l'installation en libéral induirait ou s'accompagnerait d'une valorisation du modèle entrepreneurial, comme contre modèle de l'identité hospitalière. Ceci amènerait chaque professionnel à développer une éthique (ensemble de règles et de conduites personnelles) régissant une relation particulière à son activité et par conséquent à sa propre santé.

L'exercice libéral renforcerait la valorisation du silence autour de sa santé. Cette « conspiration du silence dans le milieu médical » sur ces questions (Lens et Wal, 1997 cité dans Estryn-Béhar, 2002 ; Smith, 1997) serait accru ici, chaque professionnel faisant l'expérience « solitaire » de ses propres limites.

Nous avons conduit des entretiens auprès de 20 médecins généralistes, nombre restreint mais permettant d'accéder à une diversité suffisante de situations pour observer des différences et des occurrences (Blanchet, 1992).

Ces entretiens sont anonymes, confidentiels et d'une durée d'environ 1 heure. Ils ont été enregistrés de façon à pouvoir les retranscrire pour l'analyse. Les médecins ayant participé aux entretiens étaient volontaires et avaient donné leur consentement une première fois auprès de l'URMLHN, puis une seconde fois lors de la prise de rendez-vous avec nous.

La plupart des entretiens ont eu lieu au cabinet médical de chaque professionnel, sauf pour un seul qui a eu lieu au domicile du médecin.

Tableau 1 - Moyennes d'âges des médecins généralistes rencontrés - Répartition par genre et par département

Département / Genre	SEINE-MARITIME	Moyennes D'âge	EURE	Moyennes D'âge	Effectif total	Moyennes D'âge
HOMMES	6	50,83	5	47,4	11	49,27
FEMMES	5	41,6	4	44,5	9	42,88
Effectif TOTAL	11	46,5	9	46	20	46,4

Une analyse thématique transversale des entretiens a été réalisée en cherchant à dégager les risques professionnels auxquels ces professionnels ont le sentiment d'être exposés, les risques occultés, les régulations mises en places ou non et à quel niveau (individuel, groupal, autre), les réactions et les attentes face à un dispositif de médecine préventive pour les médecins libéraux, les freins et les ressources à une démarche de prévention chez les médecins

Il s'agit moins ici de construire un réseau de causalité que de dégager et de hiérarchiser des significations, des logiques d'actions et de rapports sociaux.

Exercer en libéral : une autonomie sous contraintes

Pour la plupart des médecins rencontrés l'exercice en libéral s'est fait par choix : ils valorisaient ce mode d'exercice qui pourrait plus ou moins consciemment représenter un anti-modèle hospitalier : dynamisme, efficacité, reconnaissance du travail et du mérite dans un niveau de revenu plus élevé, indépendance dans l'activité – « être son propre chef » :

« c'est ce côté libéral qui m'a plu, c'est effectivement ne pas avoir le poids d'une hiérarchie, pouvoir orienter son activité selon ses centres d'intérêt, selon aussi les tranches d'âge qui nous intéresse tout particulièrement et par rapport à mon activité avant qui était essentiellement une activité d'urgence car j'ai travaillé trois ans aux urgences de l'hôpital, c'était de pouvoir avoir un suivi longitudinal des patients et pas seulement de les voir de manière ponctuelle et ça, c'est vrai c'est un côté qui me plaît particulièrement. Le suivi des patients. »

L'installation en libéral est également perçue comme un moyen de donner un sens à son activité en suivant les patients sur du long terme et donc de se construire professionnellement grâce aux patients.

Mais la description d'ensemble de l'activité apparaît progressivement prise dans l'ambivalence entre l'indépendance revendiquée – l'idéal libéral – et le constat des liens de dépendance dans lesquels elle s'inscrit : dépendance à l'égard du type d'activité et des moyens techniques du cabinet (secrétariat ou pas) ; à l'égard des patients ; insertion dans un réseau de coopération avec d'autres spécialistes (médecins, psychologues...) parfois difficile à vivre ; confrontation nécessaire parfois espérée au sein de la communauté des pairs ; astreintes temporelles. L'idéal libéral d'indépendance se heurte aux réalités du travail.

Nous insistons sur le fait que cette dépendance est *plus ou moins bien vécue et régulée selon les ressources dont le professionnel dispose pour y faire face* - mode d'exercice seul ou en groupe, secrétariat ou non, lieu d'exercice rural ou urbain, et également expérience qui permet la mise en place des savoir-faire de prudence (Cru,1993).

Du côté des sujétions temporelles, on note une réelle difficulté à organiser son travail, à auto réguler son temps de travail, tant les demandes et besoins des patients vont croissants, comme les problèmes auxquels ils sont confrontés qui dépassent largement les questions strictement médicales, tant la prévisibilité est exposée aux aléas et urgences, tant les longues heures de travail empiètent sur la vie extra-professionnelle. Du côté des demandes des patients, les transformations sont soulignées :

« La difficulté elle est peut-être là, dans la mutation du métier parce qu'en 20 ans le métier a énormément changé... Au début...moi ça fait presque bientôt 22 ans que je fais ça, au début bon la demande elle était surtout médicale, on faisait ce que l'on avait appris, de la médecine quoi. Maintenant on nous demande surtout de la prise en charge sociale, de la prise en charge socio-économique, il faut qu'on fasse plus... il faut qu'on prenne beaucoup plus en charge les problèmes socio-économiques des gens que la médecine, la demande en médecine libérale elle est là, je veux dire pour une consultation qui est un vrai problème médical, il y en a 15 qui sont de la somatisation du mal-être des gens quoi... »

Le « travailler trop » est une plainte souvent exprimée : elle recouvre le « trop plein » de confrontation aux difficultés (misère, désaffiliation, violence) des patients, trop de « paperasse » ou travaux administratifs, trop de stress et anxiété face au risque d'erreur, trop peu de vie familiale...

Comme le soulignent Bouffartigue et Boutellier (2005), il nous faut distinguer les durées de travail déclarées et les temporalités vécues. Si le temps de travail hebdomadaire déclaré est d'un peu plus de 56 h (DRESS, 2010), la pénibilité du travail tient plutôt au fait de ne pas parvenir à maîtriser la charge de travail et à l'envahissement de la vie privée. Les médecins décrivent tous la pression dans laquelle ils sont au quotidien et la cadence des consultations y est pour beaucoup. Parmi les médecins rencontrés, il y a des différences par rapport au temps que chacun consacre à une consultation (de 10 à 15 minutes à 30 minutes pour certains). Ce rythme, cette cadence n'est pas sans rappeler les phénomènes de production en flux tendu, un travail sous contrainte industrielle de rentabilité. La fragmentation de l'activité et le passage d'un cas à l'autre à un rythme soutenu, comme la nécessité d'une vigilance maintenue sur fond de consultations banales participent encore à cette charge psychique de travail. C'est ce que l'extrait suivant souligne : *« C'est étonnant, on n'a pas du tout la même façon de travailler à l'hôpital, et en libéral. En fait ici, c'est tous les quarts d'heure, on a même pas le temps d'aller aux toilettes. (Rires). On a le temps de rien. Et mes confrères c'est pareil. Alors le fait d'aller les déranger, après c'est la salle d'attente qui... Qui se remplit. »*

Le fait d'être contraint par un temps quantitatif impacte sur le sentiment de liberté dans l'activité, ce qui entre en contradiction avec l'indépendance revendiquée dans l'exercice libéral de la médecine :

«Au lieu de prendre son temps, on est toujours obligé d'être avec un chronomètre et donc moi j'ai le sentiment de ne plus jamais être libre. Ça m'arrive de me lâcher et de passer un peu plus de temps avec un patient, mais la sanction est quasi immédiate. C'est du retard derrière, des gens qui rouspètent éventuellement. Donc je trouve vraiment, que l'activité

devient de plus en plus dense.... Et j'ai pas vraiment le sentiment que les choses vont s'arranger bien évidemment... Parce que la pénurie de médecins est là et bien là en milieu rural en particulier. Parce que par exemple dans mon canton, nous sommes 8 généralistes, et dans cinq ans il y en a six qui partiront en retraite et qui ne feront pas une année de plus, donc on va se retrouver à 2 avec éventuellement un ou deux jeunes et donc je ne sais pas du tout comment on va faire. »

En milieu rural, le sentiment d'intensification de l'activité se fait plus pressant :

« La première difficulté, c'est d'arriver à fournir suffisamment de consultations à tous les gens qui sont malades, nous sommes dans une région qui est un vaste... désert médical et qui se démedicalise encore plus et on ne voit personne venir s'installer donc euh, la grosse difficulté c'est de réussir à avoir une vie quand même derrière le travail, d'avoir le temps de s'occuper de soi et de ceux qu'on aime, c'est assez limité par les temps qui courent... »

Ce rythme de travail soutenu, intense et complexe à la fois suppose de s'adapter rapidement à la situation « unique » de l'interlocuteur tout en gérant le flux de patients qui attend. La combinaison de ces deux dimensions, productive et relationnelle, est source de tensions et de contradictions. Ici deux conceptions du temps de travail et de sa mesure s'opposent diamétralement : d'un côté, on se réfère au temps quantitatif, homogène, séquentiel, prévisible et pré-déterminable du travail mesuré par le chronomètre ; de l'autre, on se réfère au temps qualitatif, hétérogène, discontinu, aléatoire, imprévisible de la relation, de la prise de décision, de l'initiative face à l'événement imprévu.

Si théoriquement en libéral le médecin décide seul des limites à donner à son activité, en réalité, il s'agirait plutôt d'une transaction entre la demande des patients, les stratégies mises en place par le professionnel pour faire face à la surcharge de travail, les normes de la profession en termes de temps de travail acceptable et le seuil de revenu souhaité. En effet, *« la préservation de soi est une forme toujours singulière de négociation entre la personne et son milieu social. »* (D. Lhuilier, 2002, p.207).

La rémunération à l'acte (à la différence du salariat) contribue sans doute à cette évaluation d'un temps de travail acceptable ou démesuré. Elle a pour effet de distinguer nettement des temps d'activités professionnelles rémunérées et d'autres qui ne le sont pas, considérés alors comme la part indue du travail. C'est notamment le cas des travaux dits administratifs qui sont de plus le signe d'un accroissement des formes de prescription du travail alors même que l'exercice libéral est censé en être mieux préservé.

Les professionnels s'accordent sur le fait que le travail administratif⁸ envahit les consultations et que cela va crescendo, amenant insidieusement une transformation de la nature de leur activité. Celle-ci est vécue comme une dévalorisation du métier, comme une perte de sens par rapport à ce qu'ils souhaitent faire et ce pour quoi ils ont été formés.

« Donc en plus, ils vont nous mettre un dossier médical, sur Internet qu'il va falloir gérer en plus de notre dossier médical... Alors pendant une consultation d'un quart d'heure ça va plus pouvoir se faire... On nous a aussi rajouté la télétransmission (il m'indique un boîtier noir près de son ordinateur) qui est très pratique, euh...Pour le malade, il se fait rembourser beaucoup plus vite, et il n'y a plus l'envoi de la feuille de soin papier...Mais le médecin, lui pendant ce temps-là, le soir arrivé il faut qu'il appuie sur ses boutons pour télétransmettre. Il faut qu'il appuie sur ses boutons pendant la consulte pour faire la feuille de soins enfin au total, c'est au moins 30 secondes de plus par malade donc multiplié par 20 ou 30, vous voyez ce que ça donne à la fin de la journée...Le temps en plus. Et tout ça, pour que à la caisse, ils puissent

⁸ la télétransmission, le dossier médical en sont deux exemples.

faire leurs 35 heures. C'est nous qui faisons leur travail. On s'est foutu de nous à ce moment-là, donc des couches, des couches qui n'ont rien à voir avec notre métier. »

La perception de la charge de travail est toujours fondamentalement relative aux formes de rétribution ou de reconnaissance matérielle et symbolique qui la sanctionnent. Elle l'est particulièrement selon la conception libérale – aux deux sens du terme, de la doctrine du libéralisme et du modèle libéral des professions – selon laquelle la rémunération doit s'accroître avec la durée du travail. Or ici, le travail administratif allonge la durée de travail mais sans reconnaissance économique ou symbolique.

Enfin, on retrouve ici une caractéristique commune aux activités sous statut libéral : le brouillage des frontières entre les espaces temps professionnels et extraprofessionnels. L'emprise du travail sur le hors travail expose à la fois le médecin et ses proches comme en témoigne cet extrait d'entretien : *« c'est un métier fatiguant, fatiguant physiquement...et psychologiquement, c'est un métier je crois qui est dangereux pour une vie familiale, faut savoir aussi gérer de ce côté là, parce que je crois que si nous médecin on peut-être en souffrance, nos conjoints le sont aussi à mon avis beaucoup...et c'est pas facile... »*.

Les risques professionnels

Il est intéressant de relever dans l'introduction de l'ouvrage de Madeleine Estryn-Béhar (2002) que : *« Des évaluations des bénéfices et des risques des procédures de soins pour les patients sont menées depuis des années. Ils sont analysés dans de nombreux domaines comme la recherche médicale, les procédures de dépistage, le consentement aux actes chirurgicaux ou aux traitements médicaux. En revanche, les dilemmes éthiques qui peuvent survenir pour les médecins, en lien avec leurs propres risques professionnels, sont le plus souvent passés sous silence. Or, il s'agit d'un des groupes les plus exposés à des risques significatifs, du fait de leur métier, comme le sont les policiers, les sauveteurs de montagne ou les pompiers...⁹ »*.

Les principaux risques évoqués par les praticiens rencontrés sont ceux de l'erreur, de l'épuisement et de la solitude au travail.

Le risque d'erreur

Ce risque est facteur d'angoisse pour les praticiens. Il est souvent associé aux cadences des consultations, d'autant qu'elles empêcheraient toute forme de régulation collective.

« Quand on fait trop de travail, on risque toujours de passer à côté, de faire une erreur médicale. Le risque d'erreurs massives existe mais ça n'est pas... c'est surtout des actes inachevés, on va être obligé d'accélérer, on ne va pas écouter une dernière demande, c'est forcément reporter des trucs à la fois d'après, parce qu'on n'a pas le temps, on n'a pas le choix... »

Le deuxième aspect mis en avant par ce praticien est du registre de « l'activité empêchée » Clot (1999) : *«le réel de l'activité c'est aussi ce qui ne se fait pas, ce qu'on ne peut pas faire, ce qu'on cherche à faire sans y parvenir –les échecs-, ce qu'on aurait voulu ou pu faire, ce qu'on pense ou qu'on rêve pouvoir faire ailleurs. Il faut y ajouter –paradoxe fréquent- ce qu'on fait pour ne pas faire ce qui est à faire ou encore ce qu'on fait sans vouloir le faire. Sans compter ce qui est à refaire¹⁰.»*

⁹ Madeleine Estryn-Béhar (2003). *Risques professionnels et santé des médecins*. Paris, Masson, p.1.

¹⁰ Yves Clot. *La fonction psychologique du travail*. Paris : PUF, 1999, p.119.

Le fait de devoir respecter un tempo soutenu empêche d'approfondir tout en sachant qu'il ne faut pas passer à côté d'un symptôme qui pourrait être grave. Cette situation renvoie un sentiment d'insatisfaction et de frustration quant aux arbitrages entre rapidité et qualité du travail.

L'extrait suivant nous montre combien ce risque peut marquer le praticien confronté à une telle situation :

« Les risques sont plus profonds, en tout cas pour moi, plus psychologiques...Le risque c'est de me tromper et ça ça me fait très peur oui. Ça c'est le principal risque... de diagnostic, ça m'est arrivé une fois. Et c'est la catastrophe. (Blanc) mais c'est une catastrophe humaine. Quel gâchis ![...] Et j'ai toujours eu du mal à l'accepter. Si à l'époque on avait été associé, je ne crois pas que je serais allé demander l'avis aux autres médecins. Je crois que j'aurais continué dans mon erreur. Mais c'est vrai qu'à l'hôpital par exemple, c'est plus facile d'aller chercher un confrère, de le tirer par le bras et de lui dire « tiens qu'est ce que tu en penses ». Le fait qu'on soit plusieurs, peut-être que j'y aurais pensé, que j'aurais dit, je ne sais pas ce que c'est, viens voir. Plus facilement, quoi que ça m'aurait embêté d'aller déranger quelqu'un. Quand j'étais à l'hôpital, beaucoup moins, c'est plus facile de déranger quelqu'un»

Ici, le praticien s'est trouvé dans une situation de double contrainte : soit faire face seul à la situation « urgente » en prenant le risque de faire une erreur, soit faire appel à un confrère pour « valider » son action et prendre le risque de le déranger et probablement de perdre la face.

L'épuisement professionnel ou burn-out

A ce jour, il est possible de recenser au moins cinq rapports réalisés pour les URML sur l'épuisement professionnel des médecins généralistes dans diverses régions françaises (Bourgogne, Champagne-Ardenne, Poitou-Charentes¹¹, Bretagne, Ile-de-France). La quasi majorité de ces travaux, mesure ou vérifie « la » mesure¹² du burn-out sur la population des médecins généralistes.

Daniellou et Davezies (2004) ont proposé une analyse qualitative des mécanismes pouvant donner lieu à un épuisement professionnel chez les médecins généralistes. Le résultat essentiel de leur recherche tient dans la remarque suivante: *« les médecins ne souffrent pas de l'épuisement professionnel comme on souffre d'une intoxication massive. Entre les composantes de leur exercice professionnel, et les effets sur leur santé, ils déploient des stratégies diversifiées, qui ne produisent pas les mêmes effets. »*

Il nous faut donc en effet non pas seulement repérer les contraintes qui pèsent sur le travail des médecins généralistes exerçant en libéral mais aussi les ressources et stratégies qu'ils tentent de mobiliser pour s'en dégager ou s'en prémunir.

Les travaux de A. Vega (2007) recensent les mécanismes qui permettent les prolongations d'exercice de ces médecins : *« ils ont reproduit en libéral les atouts du secteur salarié ou des modes de fonctionnement hospitalier »*. L'atténuation des contraintes du travail passe par la modulation des rythmes de travail, la consolidation de réseaux d'entraide, le choix de soins « rentables » (clients fidélisés, « triés » et éduqués), la spécialisation complémentaire telle que l'acupuncture ...

¹¹ Cette région a fait l'objet de deux rapports Didier Truchot (2002) et Daniellou et Davezies (2004).

¹² Le burn-out se mesure d'après les trois dimensions suivantes : L'épuisement émotionnel ; la déshumanisation de la relation à l'autre ; le sentiment d'échec professionnel (Maslach et Jackson, 1986).

De leur côté, les praticiens rencontrés évoquent le burn-out comme lié à l'intensité de l'activité et à un manque de ressource individuelle pour faire face :

« C'est sûr que pour les petites infections virales et autres, on s'auto médique et ça se passe généralement très bien, c'est plutôt pour toutes les pathologies organiques importantes et pour toutes les pathologies entre guillemets psychiatriques liés à l'intensité de l'activité. Le burn-out, c'est quand même pas une vue de l'esprit, bon nombre de confrères sont limite Burn-out. Alors évidemment ça va dépendre de notre tempérament à la base donc voilà. »

Ce terme est également utilisé associé à d'autres notions comme la « dépression » par exemple :

« Il y en a pas mal qui partent... Y en a beaucoup qui dévissent leur plaque avant l'âge auquel ils devraient le faire... Que je connais vraiment, y en a qu'un, et je l'ai appris par sa femme... Qu'il avait été, enfin limite, enfin burn-out, il a été très, très limite, très mal à un moment donné, parce qu'il n'arrivait plus à gérer... Le temps, la pression, la dépression... ».

« Ne plus arriver à gérer », manière de dire que les marges de manœuvre permettant d'adapter le travail et son organisation sont inaccessibles pour certains et ce pour des raisons qui peuvent tenir au contexte d'exercice comme aux formes d'engagement dans le travail.

La solitude dans l'exercice : principal risque professionnel ?

Cette catégorie est omniprésente dans les entretiens : elle est exprimée comme la synthèse de tous les risques ou comme celui qui *manifeste* le mieux la part tacite de l'exercice. La solitude dans l'exercice du métier ne semble pas trouver « d'espace » pour être mise en mot.

Nous pouvons ici émettre quelques hypothèses: l'idéal professionnel pourrait empêcher – voire interdire – d'exprimer à quel point certaines situations peuvent submerger les praticiens et donc générer de la solitude. Cette plainte peut révéler des règles tacites de l'exercice en libéral, l'isolement étant considéré comme le prix à payer pour son indépendance. Ainsi, le sentiment de solitude dans l'exercice est la plupart du temps vécu sur un mode personnel, source de souffrance. Il peut à terme représenter un risque professionnel.

« Moi les risques, je crois que c'est le grand isolement...en cabinet libéral parce que moi j'ai la chance d'avoir une activité hospitalière et puis d'ailleurs j'ai peut-être répondu à la problématique comme ça...c'est un grand isolement, une grande souffrance alors qu'on gère quand même la vie des gens, à certains moments on doit gérer de grands moments, de grands stress, et c'est parfois difficile d'être face à ces situations difficiles... ».

Ce praticien exerce à la fois en libéral et en milieu hospitalier ce qui, selon lui, lui permet de se sentir soutenu dans son activité et de rompre l'isolement.

Concernant les autres praticiens rencontrés, il s'agit là d'une dimension réellement difficile à vivre qui semble ne pas pouvoir être partagée comme en témoigne les extraits suivants. Diverses raisons sont évoquées, le fait que les relations sociales, amicales (non médecins) ne comprennent pas ce que signifie l'activité du médecin et la solitude dans l'activité.

« C'est le sentiment de solitude, c'est le sentiment de solitude dans sa vie, de ne pas pouvoir parler à quelqu'un (en sanglots)... Parce que quand je parle à mes amis qui ne sont pas médecins, ils ne comprennent pas, j'entends pas l'écoute que j'attends, ils ne comprennent pas ce que je vis, je crois qu'ils ne comprennent pas ce que c'est que de se bagarrer avec un patient pour le convaincre de se soigner, de se bagarrer pour que le patient comprenne ce

qu'on lui demande de faire...[...] Et je n'ose carrément pas aller voir un de mes amis médecins généralistes, parce que je trouve que lui aussi, il a sa merde comme la mienne... »

Les collègues seraient envisagés « en miroir », comme vivant la même expérience de solitude, les mêmes difficultés. Paradoxalement, du fait de ce sort commun, ils ne seraient pas perçus comme ressource permettant de se dégager de cette épreuve.

« ...Des fois j'aimerais bien avoir quelqu'un à qui parler... Quelqu'un de neutre et à qui dire par exemple voila il s'est passé ça, je ne supporte plus, avoir vraiment quelqu'un à qui parler et surtout qui ne soit pas un confrère, moi ce serait mon désir...on est seul dans notre activité... On est tout seul, c'est un choix aussi d'avoir une activité en indépendant mais je pense que de temps en temps... On aurait besoin d'une prise en charge au niveau psychologique... Parce que c'est pas toujours facile de s'adresser à un collègue, du fait qu'il est parti prenante dans le même travail, on connaît tous les confrères dans le coin, ou alors il faut choisir de s'adresser à un collègue qui est très, très loin pour être sûr qu'on ne se connaisse pas et là on pourrait être sûr de pouvoir se décharger mais quand on connaît quelqu'un c'est dur de se décharger. »

Pourtant, des occasions de rencontres entre confrères/consœurs existent. Les Formations Médicales Continues (FMC), les Enseignements Post-Universitaires (EPU), les réunions de labos. Mais ces moments sont vécus comme « formels », « officiels », devant répondre à certaines normes, comme celle de ne pas parler de soi, ni des difficultés, des contraintes ressenties quotidiennement dans l'activité.

La régulation semble se faire de façon plus informelle, parfois dans le cadre d'une activité sportive, comme nous le dit ce médecin en parlant du risque d'erreur :

« J'apprends à mieux vivre avec... Car c'est le vécu de tous les médecins... Et le fait de rencontrer des confrères qui ont déjà été confrontés à ça, ça me fait comprendre qu'on a tous ses problèmes là, ces merdes qu'on traîne, ces boulets... alors, on en parle... Souvent, dans le temps je jouais au golf avec des amis médecins, c'était un peu notre soupape, notre échappatoire et alors là on ne parlait que de ça... (Rires). Ca faisait beaucoup de bien... »

L'exercice libéral de groupe pourrait constituer une réponse à cette problématique de la solitude dans l'exercice. D'ailleurs, nombreuses sont les préconisations allant en ce sens. Pourtant, l'exercice de groupe est souvent perçu par les omnipraticiens comme permettant de mutualiser les dépenses et les investissements ; il s'agit d'économie d'organisation (secrétariat par exemple) plus que de traitement collectif de la charge de travail (via les remplacements permettant d'assurer la continuité des soins) ou de régulation de la charge psychique par les échanges entre collègues.

Concrètement, il est rare que le médecin sache quelles sont les difficultés, les butées rencontrés dans l'exercice par ses confrères et consœurs ou du moins il n' imagine pas « à quel point » leur destin peut être commun, ce qui montre la méconnaissance de ce que chacun fait et de comment il le fait. Cette question est préoccupante dans la mesure où l'efficacité de l'action, la santé physique et psychique des professionnels, la question de l'expérience et de sa transmission sont en jeu.

Les médecins et la prise en charge de leur santé

Les médecins lors des entretiens disent rencontrer des difficultés pour obtenir une prise en charge satisfaisante de leur santé. La relation thérapeutique entre deux médecins s'avère complexe : la symétrie dans la relation brouille la différenciation des places et rôles habituels

entre soignant-soigné, expert et profane. Et les difficultés concernent aussi bien le médecin consultant que le médecin consulté.

« Je suis le médecin traitant de plusieurs confrères mais ça se passe bien si le médecin reste à sa place de patient... C'est-à-dire que s'il commence à essayer de se mettre dans ma tête pour raisonner à ma place et pour essayer d'aller plus vite que moi dans le mode de raisonnement, s'il a un diagnostic préétabli... Le biais, c'est le médecin qui vient consulter pour avoir l'esprit tranquille par rapport à un symptôme qui l'inquiète mais qui a déjà fait son pré-diagnostic et qui du coup donne une réponse biaisée aux questions de façon à amener le médecin consulté sur le diagnostic auquel lui il a pensé, vous voyez le... Et là c'est assez difficile »

Le clivage médecin-malade situe nécessairement la maladie du côté du patient; *a contrario* le médecin malade apparaît comme une « anomalie », voire un désordre, de part l'indifférenciation des positions distinguées soignants/soignés, constitutives des rapports sociaux engagés et organisant les processus symboliques intervenant dans ces rapports.

« Je pense qu'il y a un certain nombre de médecins... Qui sont extrêmement intolérants avec les médecins malades,... j'ai un patron qui m'a dit un jour où j'étais malade alors que je bossais à l'hôpital : « écoute, entre médecins et malades tu as choisi ton camp, tu n'as plus le droit d'être malade ». Je pense qu'il y a encore quelques médecins qui pensent ça... « Je suis médecin donc je ne serai jamais malade »... »

Les conduites préventives comme l'attention portée à sa propre santé supposent de se penser comme vulnérable, exposé aux pathologies. Et la négligence de certains médecins par rapport à leur propre santé pourrait témoigner de cette difficulté à reconnaître cette vulnérabilité sanitaire alors que l'identité professionnelle est construite sur un projet de maîtrise de la maladie. Il s'agirait là de stratégies défensives à l'œuvre dans la profession, ces dernières, pouvant être à la fois individuelles ou collectives.

En fait, pour les médecins « tomber malade » apparaîtrait comme une sorte de désaveu de professionnalisme face au groupe, comme une menace pour l'identité du groupe professionnel, et peut-être comme un moyen « inconscient » de sélectionner les individus les plus résistants pour exercer le métier. Le médecin se soigne lui-même quand c'est nécessaire et ne s'arrête pas de travailler.

« J'ai eu la chance de ne pas avoir grand-chose, je crois que le total de mes jours d'arrêt au cabinet, doivent être de 9 jours en 30 ans... »

Ainsi, aller consulter pour un médecin impliquerait trois dimensions : celle de s'autoriser à se penser comme « potentiellement » malade, puis de s'autoriser à être malade le cas échéant et enfin celle de s'autoriser à se faire soigner par un confrère.

Cette question de la prise en charge apparaît éminemment complexe car elle convie plusieurs registres : symboliques, temporels et sociaux.

« en XXXX j'ai eu un cancer du sein et quand je regarde la façon dont je travaillais à cette époque-là... C'était pharaonique ! Je bossais de huit heures le matin jusqu'à 22 heures le soir donc ça eut évidemment un gros impact [...] neuf mois d'arrêt (Blanc) donc ça, ça a été aussi un gros pète dans ma vie et depuis...J'apprends quand même à travailler moins, donc ça a quand même quelque chose de positif...Mais bon, j'ai repris assez vite mon travail... À vitesse un peu réduite au départ et au bout de six mois ça a repris assez vite.[...] il y a eu un arrêt, moi qui prenait très peu de vacances, là il y a eu un arrêt obligatoire [...] c'est très difficile aussi de tout lâcher...parce que vous avez l'impression d'abandonner tout le monde, vous avez l'impression d'être malade et en étant malade vous avez l'impression d'avoir loupé quelque chose, dans le sens où vous êtes malades comme les autres, ce qui est normal

d'ailleurs, mais vous vous dites...Et puis après quand vous analysez...Vous dites après tout oui, j'ai le droit d'être malade aussi... Après tout, et il y a beaucoup de médecins qui sont malades qui ont des problèmes de santé assez graves d'ailleurs, c'est pas gérable, quand on s'arrête c'est rarement pour des maladies bénignes...Donc psychologiquement très difficile... »

L'analyse du rapport des médecins à leur propre santé et aux soins doit intégrer aussi pour les médecins exerçant en libéral l'absence de système de surveillance et suivi de la santé au travail ; il revient à chaque professionnel de s'en charger. Dans le système libéral, l'arrêt de travail pénalise fortement ces professionnels comme le souligne cet extrait d'entretien d'une femme généraliste.

« ...je me rends compte que l'on se met en danger...euh... Moi les 15 premières années j'ai bossé énormément...euh et j'ai quand même atterri à l'hôpital pendant trois mois donc pour un problème de santé grave que j'estime être lié à mon rythme de travail et qui n'a jamais été reconnu comme problème professionnel, alors que cela en était un, bon donc ça non plus, je ne trouve pas ça normal... Parce qu'on se donne beaucoup et en retour on a rien derrière... Donc moi je me suis retrouvé à l'hôpital, j'ai failli claquer, j'ai failli y rester... Ben maintenant, je travaille moins donc comme je travaille moins mon cabinet n'est pas viable économiquement, il n'est pas rentable, bon, donc moi je peux me le permettre parce que mon mari travaille mais sinon, je serai obligé de mettre la clé sous la porte. J'ai très mal vécu cette période, parce qu'économiquement j'étais dans une merde d'enfer, parce que nous même si on paye très cher nos charges sociales, l'URSSAF, la CARMF et compagnie, les 90 premiers jours d'arrêt, vous n'avez rien, pas un centime. »

La mise en place de prestations de santé au travail pour les médecins libéraux ?

Le matériau obtenu via les entretiens est très dense et réfère à de nombreuses thématiques. La solitude dans l'exercice, les conditions de travail ayant un impact sur la santé physique et psychique, le manque d'adéquation entre l'exercice professionnel et la formation reçue, la faible transmission de l'expérience du métier entre confrères, etc. Cette recherche, conduite en collaboration avec les acteurs et régulièrement restituée et discutée, a permis de commencer à sensibiliser les médecins sur le lien existant entre leur activité et leur santé. Cette phase qualitative a été suivie de la construction et la passation d'un questionnaire¹³. Une forte demande d'aide et d'écoute ressort de cette enquête, témoignant en partie de la prise de conscience des praticiens de la difficulté de prendre en charge leur propre santé. Les Instances Ordinales Départementales, l'Union Régionale des Médecins Libéraux de Haute-Normandie, le service de Médecine du Travail et le Département d'Epidémiologie et de Santé Publique du CHU de Rouen se sont engagés ensemble vers un projet de service de médecine préventive, indépendant de toute organisation et dédié spécifiquement à la prise en charge de la santé des médecins libéraux.

Trois principaux axes ont été retenus pour orienter la mise en place d'une telle structure : la surveillance de la santé, le soutien psychologique et la prévention des risques professionnels. Cette structure aura à veiller à prendre en compte l'ambivalence des médecins à l'égard d'un tel dispositif. Si la demande existe bel et bien, des réticences sont

¹³ Enquête sur la santé des médecins libéraux de Haute Normandie, Conseils départementaux de l'Ordre des médecins, 2008

néanmoins manifestes. Elles rejoignent celles identifiées par Coquel (2007)¹⁴: si une majorité de médecins enquêtés sont favorables à la mise en place d'une médecine préventive pour les médecins libéraux, des préoccupations s'expriment: craintes de contraintes administratives et de coûts supplémentaires, refus de se faire examiner par un médecin du travail, peur d'une sélection des médecins aptes, principe suivant lequel c'est à « chaque médecin d'assumer sa propre prise en charge ».

Ce qui semble poser problème ici n'est pas tant la médecine préventive ou du travail en elle-même, mais ce qu'elle représente, c'est à dire un système pour les salariés, un système qui peut exclure du monde du travail et surtout, le fait de devoir accepter d'assumer le rôle de médecin-potentiellement malade et donc patient.

Conclusion

Les connaissances relatives à la santé des médecins et à leur suivi sanitaire sont encore limitées. Une enquête réalisée en 2010 sur une population de 1900 médecins généralistes, installés dans cinq régions montre que si huit médecins sur dix se déclarent en bonne santé, un médecin sur trois indique pourtant souffrir de problèmes de santé chroniques (DREES, 2010).

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, hommes et femmes, et de tous âges. Les médecins interrogés présentent moins fréquemment une surcharge pondérale que la population générale. Ils ont également davantage pris en compte les risques liés au tabac et à l'alcool que les professions intellectuelles et d'encadrement. Plus d'un généraliste sur dix est en détresse psychologique, les femmes étant deux fois plus souvent concernées que les hommes. Les idées et projets de suicide ne varient pas selon l'âge, mais sont plus fréquents parmi les médecins qui exercent seuls. Au cours des 12 derniers mois, 20 % des médecins ont déclaré avoir pris des anxiolytiques ou des hypnotiques. Cette consommation est plus fréquente pour les femmes médecins que pour les hommes. Dans la majorité des cas, le traitement est auto prescrit.

Ces données, comme les enseignements de notre recherche-action, semblent indiquer que si on retrouve dans cette population des traits distinctifs des indépendants¹⁵ par rapport aux salariés, tels qu'une lourde charge horaire, une plus forte porosité des différents pans de la vie, le caractère moins favorable de la couverture sociale en matière de santé comme le manque de temps pour assurer surveillance et soins..., les médecins généralistes libéraux ne semblent pas déclarer une meilleure santé que les salariés. Ces experts de la santé témoignent plutôt d'une attitude paradoxale entre déni de la vulnérabilité sanitaire et reconnaissance des risques d'usure professionnelle. Les déclarations relatives à leur santé nous semblent devoir être mise en perspective avec l'insatisfaction éprouvée à l'égard de conditions de travail qu'ils ne parviennent pas à aménager par défaut de marges de manœuvre nécessaires à ce travail de régulation. Des comparaisons devraient être engagées avec les situations de travail des médecins spécialistes libéraux.

¹⁴ Dr Gaëlle Coquel (2007). Comportements personnels de santé et de prévention des médecins. Une enquête descriptive et transversale réalisée auprès des médecins généralistes et spécialistes de Seine-Maritime. Thèse de médecine. Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Rouen.

¹⁵ Algava E., Cavalin C., Célérier S. (2012). La singulière bonne santé des indépendants, *Travail et emploi*, 132, p. 5-20.

Bibliographie

Algava E., Cavalin C., Célérier S. (2012). La singulière bonne santé des indépendants, *Travail et emploi*, 132, p. 5-20.

Blanchet, A. (1992). *L'enquête et ses méthodes : L'entretien*. Paris : Armand Colin.

Coquel, G. (2007). *Comportements personnels de santé et de prévention des médecins. Une enquête descriptive transversale réalisée auprès de médecins généralistes et spécialistes de Seine-Maritime*. Université de Rouen, Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Rouen. Thèse pour le doctorat en médecine.

Clot, Y. (1999). *La fonction psychologique du travail*. Paris : PUF.

CNOM, 2007. Démographie médicale. Les spécialités en crise. *Étude*, n° 38-2.

Cru, D. (1993). « Aucun risque ! » Travail, représentation du risque et prévention. *Education Permanente*, 117, pp. 75-83.

Daniellou, F., Davezies, P. (2004). L'épuisement professionnel des Médecins Généralistes. Une étude compréhensive en Poitou-Charentes. Rapport de recherche URML Poitou-Charentes.

Desprès, P., Grimbert, I., Lemery, B., Bonnet, C., Aubry, C., Colin, C. (2010). Santé physique et psychique des médecins généralistes. *Études et Résultats, DRESS*.

Estryn-Béhar, M. (2002). *Risques professionnels et santé des médecins*. Paris : Masson.

Levasseur, Schweyer, Tréguer. (2002). Epuisement émotionnel des médecins bretons. Rapport de recherche URML Bretagne.

Lhuillier, D. (2002). *Placardisés. Des exclus dans l'entreprise*. Paris : Seuil.

Paraponaris, A. et al. La médecine générale vue par les médecins généralistes libéraux, *Revue Française des Affaires Sociales*, 2011/2 n°2-3, p.29-47.

Truchot, D. (2002). Le Burnout des Médecins Généralistes de Poitou-Charentes. Rapport de recherche pour l'URML de Poitou-Charentes.

Véga, A., Blandin, H., Cabé, O. (2008). Cessation d'activité libérale des médecins généralistes : motivations et stratégies. *Dossiers solidarité et santé* n°6, DREES.