

Direction de la recherche, des études,
de l'évaluation et des statistiques
DREES

SERIE
ÉTUDES

**DOCUMENT
DE
TRAVAIL**

**Les comportements de cessation d'activité
des médecins généralistes libéraux**
Tome 1

Anne VEGA

n° 73 – décembre 2007

Cette publication n'engage que ses auteurs

Sommaire

Note de synthèse	5
Première partie - Méthode et présentation de l'étude	9
A. Comment approcher une profession à part ?	9
B. La forme, le contenu et le déroulement des entretiens	11
C. Les étapes du travail	16
2ème partie - Constance et diversité médicale	19
2.1 Le poids de l'histoire : qu'est-ce qui a réellement changé dans l'exercice ?	19
2.2. Les principaux motifs de cessation d'activité	29
A. Les risques de burn out (syndrome d'épuisement professionnel)	29
B. La solitude professionnelle	35
C. Se retrouver dépassé par sa patientèle	36
D. Des motifs souterrains : « la qualité de vie »	42
2.3 Ce qui divise les médecins généralistes	46
3ème partie - De multiples figures de généralistes	61
3.1. Poursuivre tardivement son exercice : utiliser des stratégies libérales ou accomplir une mission (médicale, caritative, sociale, religieuse)	62
A. Notables et passionnés	62
B. Des retraités particulièrement actifs, des médecins engagés	63
C. Pourquoi ont-ils malgré tout pris leur retraite ? (hormis les cessations d'activité consécutives à un problème de santé)	72
3.2 Partir précocement : être rattrapé par les effets négatifs de la médicalisation, se laisser prendre, trouver sa voie	74
A. Les dinosaures : des médecins en rupture économique et éthique	75
B. Des médecins « relationnels, omnipraticiens », travaillant pour la plupart auprès de clientèles difficiles	82
C. « Des parcours initiatiques »	87
3.3 Des différences de genre marquées	90
A. « C'est quand même compliqué pour une femme avec des enfants. »	90
B. Des hommes résistants, à la pointe de la contestation	95
4ème partie - Les limites des propositions pour sortir de la crise	105
A. Doléances et propositions consensuelles des enquêtés	105
B. Recommandations des chercheurs : aider des médecins à travailler moins	107
C. Conclusion générale : des réformes difficiles à mettre en œuvre à cause de la diversité médicale	111
Bibliographie	115
Annexe	117

Note de synthèse

Au travers de 30 entretiens avec des médecins en activité ou retraités, on a cherché à repérer les principaux facteurs de cessation d'activité précoce ou tardive des médecins généralistes libéraux, et de comprendre les mécanismes qui conduisent à arrêter très tôt ou au contraire à poursuivre l'exercice libéral de la médecine générale au delà de l'âge légal de la retraite.

Facteurs déterminant les prolongations d'exercice : des compétences reconnues

Les généralistes ayant cessé tardivement leur exercice sont ceux qui ont reproduit en secteur libéral les atouts du secteur salarié ou des modes de fonctionnement hospitaliers. Afin d'atténuer les effets de l'absence d'assurance dans le travail et de la dépendance à l'égard des patients, deux difficultés majeures de l'exercice de la médecine générale, ils ont notamment fait le choix de lieux d'exercice et d'orientations de soins « rentables », c'est-à-dire de clientèles fidélisées, triées, et « éduquées », modulé leurs rythmes de travail en fonction de leurs aspirations, et consolidé leurs réseaux d'entraide au travail (statuts mixtes, création ou participation à des structures de santé, échanges avec des médecins spécialistes locaux). Ces médecins, au profil souvent « paternaliste »¹, ont bénéficié notamment d'une situation de monopole : il s'agit soit de « notables » de villages ou de villes de province « traditionnelles », où les patients recourent encore au médecin de famille, soit de médecins « spécialisés » en acupuncture ou en pneumologie par exemple, en centre-ville et en secteur 2. Ils sont parvenus à s'épanouir professionnellement, en se délimitant un territoire d'exercice exclusif, en exprimant franchement leurs désaccords avec leurs patients, en s'aménageant des pauses et en pratiquant des loisirs sur le temps personnel dégagé grâce à l'aide de leurs épouses pour le secrétariat notamment, en développant un mode de coopération efficace entre médecins sur le modèle du travail en équipe hospitalier, mais aussi en acquérant une notoriété locale en s'investissant dans des missions sanitaires, caritatives ou politiques. Enfin, ils ont su non seulement valoriser leurs acquis, mais aussi anticiper le déroulement de leur carrière. En particulier, ils n'ont pas hésité à changer certaines façons d'exercer lorsqu'elles ne leur convenaient pas. Pour ces raisons, la plupart de ces médecins n'ont pas eu de difficultés à trouver un successeur. Cependant, le passage à la retraite, surtout s'il a été causé par des problèmes de santé, est souvent mal vécu, ou présente une forte composante symbolique : la plupart des médecins passionnés par leur métier se sentent toujours « utiles », et continuent en fait à travailler à temps partiel ou bénévolement.

Facteurs déterminant les départs précoces : des décalages entre les visions du métier, les idéaux professionnels et l'évolution de l'exercice

Ces médecins épanouis au travail s'opposent à leurs confrères reconvertis, pour la plupart naturellement vers le salariat, qui n'ont pas pu ou su poser à temps des limites à leurs rôles : dépassés par l'ampleur des demandes et/ou des problèmes de leurs patientèles, la plupart se sont retrouvés en situation d'épuisement professionnel sans avoir su ajuster leur organisation, anticiper le déroulement de leurs carrières. Ces médecins ont choisi des orientations de soins spécifiques qu'ils n'ont pas pu mettre en pratique : médecine « humanitaire » ou médecine « lente », ouvertes au « tout venant », en secteur 1, moins rentables dans le système du paiement à l'acte. La plupart de ces praticiens n'ont pas su refuser des prises en charge de patients ou des sollicitations à toute heure. De plus, ils exerçaient majoritairement dans les régions peu médicalisées, dans certaines zones rurales ou dans des banlieues « difficiles » par exemple. Ils ont été alors confrontés seuls, par choix ou non, à des réalités sociales pas ou peu abordées dans les formations initiales (contexte d'interculturalité, patients et familles cumulant des difficultés économiques, suivis d'ordre psychologique ou psychiatrique). Leur territoire d'intervention était très large et/ou très complexe. Certains médecins ne sont pas parvenus à discuter avec des patients ou leurs proches pour lever des incompréhensions. D'autres ont refusé de se

¹ Evoquant le médecin de famille au sens où on l'entend traditionnellement.

faire aider. Autrement dit, leur charge de travail a été également le résultat de leur propre comportement. Enfin, une minorité de praticiens étaient en recherche existentielle, et en réalité pas prêts à assumer les conséquences d'un mode d'exercice libéral : l'obligation de « *faire du chiffre* », la nécessité de gérer financièrement et administrativement leur cabinet, d'assumer seuls des responsabilités et des risques professionnels. La solitude professionnelle a été alors un des facteurs importants ayant motivé leur cessation d'exercice.

Quoi qu'il en soit, l'ensemble de ces médecins surinvestis dans leur travail n'ont pas eu suffisamment de recul sur leur pratique pour se protéger à temps, pour mettre en place des « soupapes de sécurité » qui ont permis à leurs confrères de rester en secteur libéral, et cela d'autant que ces praticiens sont majoritairement des femmes mères de famille, qui éprouvent encore plus de difficultés à organiser leurs temps de vie professionnels et privés. Pour certaines, la fin de la maîtrise des temps de travail au dépend de leur sphère familiale, l'obligation de faire des gardes, un travail peu rémunérateur, voire marginalisant (secrétariat, patients « difficiles ») les ont conduites à avoir une vision globalement très négative des patients. C'est alors leur image détériorée de soignant qui a précipité leur départ.

Pour toutes ces raisons, ces médecins s'épanouissent en secteur salarié, synonyme de rythme de travail plus régulier et moins soutenu, d'assurance d'un revenu fixe, mais également de possibilités d'échanger avec d'autres professionnels, voire d'activités plus en accord avec leurs visions du métier, ou plus stimulantes intellectuellement.

Les médecins partis précocement à la retraite ont été dépassés par la concurrence locale, c'est-à-dire par l'arrivée de confrères généralistes et/ou spécialistes et par les évolutions de la médecine. Ils ont alors profité du MICA, « *prétextes* », « *occasions* » pour mettre fin à une situation devenue pour eux trop pénible (volume d'activité insuffisant, et exercice contraire à leurs aspirations professionnelles). Plus âgés que les médecins reconvertis, ils n'ont pas eu la force de changer de lieux d'exercice, et/ou d'opter pour des spécialisations, ou encore de mettre fin à des associations insatisfaisantes. Certains ont refusé de s'adapter aux nouvelles demandes de patients, telles que la prestation de services et la prescription d'examens jugés inutiles, ou de passer en secteur 2. Parmi eux, une minorité de médecins sont partis parce qu'ils ne voulaient pas participer aux dérives d'une médecine devenue commerciale. Ils s'opposent presque trait pour trait à la plupart des retraités tardifs, mais rejoignent des médecins hommes reconvertis, également peu prescripteurs et contestataires. Tous très critiques sur le contenu des formations médicales en faculté, sur les effets du mode de paiement à l'acte et de la pression des industries pharmaceutiques notamment, ces généralistes militent pour de réels contrôles des abus financiers de patients et de médecins, et proposent des systèmes de forfaits, de capitation, et de mixité salariat/libéral – unique proposition qui semble susciter l'adhésion des autres enquêtés, plutôt jeunes, et souvent femmes. Pour toutes ces raisons, la plupart de ces retraités précoces ont cessé totalement l'exercice, même bénévole, de la médecine et s'épanouissent à la retraite en pratiquant notamment des activités de loisirs.

Enfin, il existe trois autres facteurs à ne pas sous-estimer dans les motifs de cessation d'activité, chez tous les enquêtés :

- les aspirations à l'autonomie au travail récurrentes en secteur libéral (choix individuels du lieu d'exercice, de l'organisation du travail, de la date de cessation),
- les pressions des proches, imposant le lieu d'installation, des changements dans l'organisation du travail variés et soutenant aussi plus ou moins le médecin au quotidien,
- et les « *opportunités* » de carrière à tous les âges de la vie, y compris la venue d'un remplaçant ou d'un successeur, qui précipitent ou retardent les départs.

Autrement dit, en dépit de parcours professionnels et de choix divers, tous les enquêtés ont œuvré dans le même sens : trouver des modes d'exercice qui correspondaient à leurs aspirations, leur propre équilibre, y compris pour leurs proches, et « *une qualité de vie* » (une sécurité, un confort, voire une

richesse dans le travail et son environnement). Cependant, la décision de cessation d'activité peut, *in fine*, s'infléchir dans un sens ou dans l'autre : elle s'inscrit en effet à la fois dans le contexte de la vie privée et dans celui de la vie professionnelle de chaque médecin. À tout moment, des événements privés (formation des couples, divorces, arrivée d'enfants, maladie et/ou fatigue liées à l'âge, décès de proches, etc.) ou professionnels (évolution des relations avec les patients, leurs proches, et avec les autres médecins) interfèrent avec la réflexion et peuvent fortement l'orienter.

La diversité des intérêts médicaux : les limites des réformes globales

Comme l'ont déjà souligné d'autres études menées sur la médecine générale, cet exercice professionnel est caractérisé par une pluralité des pratiques (individualisation des soins, diversité des priorités dans le travail comme dans la vie), mais aussi par des disparités dans les conditions de travail. Ces dernières sont le reflet d'investissements auprès de patientèles plus ou moins prestigieuses, allant de pair avec des inégalités d'entraide entre praticiens. D'où, d'une part, des motifs de cessation d'activité partiellement différents selon l'âge, le genre, le lieu d'installation et les orientations de soins de chaque médecin, et une quasi-absence de consensus au sein même de la profession concernant les réformes passées ou à venir (expliquant aussi des adhésions mitigées à certaines, dont le MICA) d'autre part.

Les mille et une façons d'exercer la médecine (générale) rendent les réformes globales inadaptées, voire risquées. En effet, réattribuer la responsabilité de la prise en charge de patients « difficiles » (personnes âgées, handicapées, atteintes de maladies chroniques, bénéficiant de la CMU, etc.) suppose sinon des types d'engagement aux côtés des médecins « en voie de disparition », au moins des délégations d'actes de plus en plus importantes vers les acteurs les moins diplômés (dont des familles), qui risquent à leur tour de se retrouver épuisés. Autrement dit, des cessations d'activité précoces pourraient toucher l'ensemble les professionnels « *de première ligne* » (des généralistes, mais aussi des psychiatres, des urgentistes, des infirmières, des aides soignantes, des aidants à domicile, etc.), dès lors qu'ils sont confrontés aux dimensions sociales des soins, c'est-à-dire à des problèmes de société déjà difficilement pris en charge par la médecine de ville et/ou à des patients qui éprouvent des difficultés d'accès à l'hôpital. Faute de réformes s'attaquant directement à ces problèmes socioculturels, en l'état actuel du système de soins, tout pousse les jeunes générations de médecins à continuer à s'orienter vers des exercices « *plus faciles* », à choisir des spécialités et des régions « attractives », ce qui contribue à aggraver les disparités sur le territoire.

Première partie - Méthode et présentation de l'étude

L'objectif principal de l'étude est de cerner le moment très particulier du passage à la retraite de médecins généralistes, dans le contexte actuel ou encore à venir de départs massifs et des conséquences de *numerus clausus* faibles, c'est-à-dire :

- de recenser les principales difficultés rencontrées au cours de leur exercice (Quelle est l'importance des facteurs financiers dans les motifs de départ à la retraite ?) ;
- d'analyser en quoi les transformations du travail amènent à des cessations précoces d'activité ;
- et inversement, de comprendre les logiques qui poussent à poursuivre l'exercice de la médecine générale libérale (En dépit de surcharges de travail etc., quels aspects du métier donnent envie de rester ?).

Secondairement, l'étude vise à mieux connaître ce que font les médecins reconvertis (tranches d'âge 40-50 ans) : vers quels secteurs d'exercice médicaux et/ou vers quels autres types d'investissements ces médecins s'orientent-ils (passage à la médecine spécialisée ou salariée, activité non rémunérée, non médicale) ?

A. Comment approcher une profession à part ?

L'étude s'est appuyée sur 30 entretiens² semi-directifs, réalisés en face à face (sauf 2 réalisés par téléphone), selon une approche qualitative : compréhensive, globale, et croisée.

Il s'agissait de comprendre les processus, les logiques à l'œuvre dans les motivations de cessation d'activité en prenant en compte le déroulement de carrière de chaque enquêté (parcours professionnels). En effet, la médecine générale libérale se caractérise par une forte autonomie au travail (choix du lieu d'exercice, de l'organisation du travail, de la date de cessation). De plus, c'est une profession de services, mais également un métier de relations (individualisation des pratiques et des rapports avec les « clients »³). Dès lors, une approche individuelle a permis d'éviter les généralisations parfois erronées induites par des approches uniquement théoriques (qui ne prennent pas en compte les scories, les variations). Ce type d'approche est complémentaire de celle uniquement concentrée sur une thématique, une variable (classe d'âge, aspects économiques)⁴.

Nous avons également privilégié les approches globales (et ainsi étudié les parcours de vie), en raison d'une des difficultés propres à l'exercice de la médecine générale : parvenir à poser des limites entre vie privée et vie professionnelle. Nos premières analyses (présentées dans deux rapports intermédiaires) ont d'ailleurs confirmé l'importance des stratégies individuelles dans les carrières professionnelles, mais aussi le rôle actif des proches des enquêtés, ainsi que l'incidence des ruptures de vie de chaque médecin (maladie, décès, divorce).

Enfin, nous avons choisi de constituer plusieurs groupes d'enquêtés, afin de mesurer les effets de l'âge, mais aussi du genre (féminisation) et des lieux d'exercice dans les motifs de cessation d'activité (analyses comparées selon les caractéristiques de chaque enquêté). En effet, les conclusions intermédiaires de cette étude soulignaient déjà l'incidence des types de clientèles soignées (plus ou

² En nombre restreint, mais permettant d'accéder à une diversité suffisante de pratiques pour observer des différences et des occurrences (Blanchet, 1992).

³ « L'implication subjective dans l'activité », les réactions « tout autant personnelles que professionnelles aux effets de la présence quotidienne des patients » ont été souvent soulignées dans les études menées notamment par Bourgueil (2002), Bouchayer (2006) et dans l'étude qualitative des réseaux de soins informels, 2002-2004.

⁴ La DREES nous a d'ailleurs recrutés dans ce sens, parallèlement à une autre équipe de chercheurs dont les questionnaires sont assez proches, mais qui ont travaillé à partir d'un autre échantillon de médecins généralistes et employé des méthodes d'approche socio-économiques. De plus, notre travail est le prolongement d'enquêtes déjà menées auprès de généralistes, utilisant les mêmes grilles d'entretiens : Vega, 2002-2003 (entretiens et observations du travail en cabinet), 2005 (entretiens).

moins prestigieuses, usantes et rémunératrices), c'est-à-dire le rôle prédominant du choix du lieu d'exercice et des ententes médicales locales.

Plus précisément, les résultats de cette étude prennent en compte des exercices géographiques variés (en milieu rural/urbain, dans des périphéries riches/pauvres, dans des régions sous-médicalisées/sur-médicalisées), d'hommes et de femmes âgés de 43 ans à 69 ans, exerçant ou ayant exercé en groupe ou seuls (diversité des modes d'exercice). Ont été interrogés une dizaine de généralistes ayant cessé tardivement leur activité (au-delà de 66 ans : retraités tardifs, dits RT), une dizaine de généralistes ayant cessé précocement leur activité (avant 60 ans : retraités précoces, dits RP), une dizaine de médecins en exercice (actifs reconvertis, dits AR, et actifs, dits A, entre 40 et 65 ans).

Régions	Sexe	RT RP A (R)	Total
Région parisienne : 75, 77, 93	H	1 2 2	6
	F	1	
PACA : 13	H	3 1 1	6
	F	1	
Bretagne : 35, 36	H	1 1 2	5
	F	1	
Auvergne : 03, 43, 63	H	1 2	3
	F		
Lorraine : 55, 54	H	2	4
	F	1* 1	
Bourgogne : 89, 58, 71	H	1 1	2
Centre : 28, 18	H	1 1 1	3
Rhône-Alpes : 38	H	1	1

(* : médecin en cessation d'activité non retraité)

Sur les 300 médecins sollicités par courrier, 92 ont répondu favorablement, une quarantaine ont été contactés par téléphone (et 4 par courriel), et 30 ont été sélectionnés.

La répartition des enquêtés sélectionnés pour un entretien est restée la plus proche possible de la répartition de l'échantillon initial. Cependant, au cours de l'étude, elle a dû être réajustée en raison d'un manque de médecins reconvertis de plus de 55 ans dans l'échantillon initial, mais aussi de réponses tardives (échelonnées d'octobre 2006 à mars 2007) et de la sous-représentation de médecins répondants en Bourgogne, Auvergne et en Languedoc-Roussillon⁵. Nous avons alors choisi d'inclure des actifs reconvertis plus jeunes (tranche d'âge 40-50 ans), ainsi que quatre médecins actifs hors de l'échantillon initial, en raison notamment de leurs âges, proches de ceux d'actifs reconvertis ou de retraités⁶. Parmi eux, deux médecins de moins de 50 ans ont été choisis également dans le but de faire état de cessations d'activité tout au long de la carrière des médecins généralistes (en effet, pour un généraliste sur cinq, la durée de la carrière libérale ne dépasse pas 18 ans : Lucas-Gabrielli, 2004)⁷. Les interviews de deux autres médecins – dont un en cours de cessation d'exercice et un actif âgé de plus de 60 ans – ont permis d'affiner les questions de la DREES (qu'est-ce qui conduit à cesser précocement, ou à prolonger tardivement l'exercice ?).

⁵ Et inversement, de la sur-représentation de médecins répondants des régions PACA (13 : Bouches-du-Rhône) et Bretagne (35 : Ile-et-Vilaine et 56 : Morbihan).

⁶ Parmi eux, deux enquêtés ne répondent habituellement jamais aux enquêtes. Ces quatre médecins n'ont pas été interviewés par les membres de l'équipe qui les connaissaient.

⁷ Et cela d'autant que les premiers témoignages recueillis attestaient aussi d'une phase de travail particulièrement difficile entre 40-50 ans.

Enfin, parmi les réponses, une vingtaine ont été inexploitables ou écartées :

- certains médecins avaient mal rempli le coupon-réponse contenant leurs coordonnées téléphoniques ;
- un médecin est décédé entre temps ;
- des répondants contactés par téléphone ne correspondaient pas finalement aux critères retenus (médecins spécialistes, hors des régions d'exercice sélectionnées⁸), un médecin n'a pas pu être contacté ;
- deux médecins ont finalement refusé l'entretien (un étant tombé « *malade, suite au stress et à la surcharge de travail* », un en raison de son emploi du temps « *trop chargé* »). Deux médecins contactés à plus de trois reprises ne voulaient qu'un entretien téléphonique (réalisé avec l'un d'entre eux), un a considéré son cas « *trop particulier* » pour être interviewé⁹.
- quatre entretiens ont été reportés ou annulés (parfois au dernier moment) pour des motifs graves : problème de santé (du médecin ou de son conjoint), deuil.

Plusieurs médecins ont, après les entretiens, contacté les chercheurs pour leur faire un retour et leur faire part de l'intérêt personnel qu'ils ont trouvé à participer à l'enquête :

« J'espère que vous n'avez pas gardé un trop mauvais souvenir de la journée que vous avez passée à F. J'ai bien peur de vous avoir bombardée sans grand ménagement mais la pression était forte, j'avais besoin de parler de l'expérience traversée avec un témoin extérieur. La thérapie a d'ailleurs été efficace. »

B. La forme, le contenu et le déroulement des entretiens

Les enquêtés ont été rencontrés principalement chez eux, mais également sur leur lieu de travail, au café et dans des hôtels. Les entretiens directifs se sont rapprochés le plus possible d'une situation de conversation afin que les enquêtés puissent disposer d'une liberté de propos (Olivier de Sardan, 1995). Ils ont duré en moyenne 2 heures, la consigne étant d'avoir un échange suffisamment long pour faire également émerger des motivations souterraines. Pour ces deux raisons, trois entretiens ont été réalisés en groupe (avec deux épouses de médecins et entre deux anciennes associées).

Les enquêteurs ont disposé d'un canevas d'entretien comprenant des thèmes à aborder (les apprentissages, le parcours professionnel, la cessation d'activité), qu'ils ont adapté à chaque enquêté : l'idéal était que ce dernier aborde de lui-même – même de façon informelle - des thématiques révélant sa conception du travail, de la relation médecin-malade, ses représentations de (l'évolution de) la profession, ses engagements sociaux (charges familiales, temps de loisirs, participation à la vie de la collectivité, etc.), et ses opinions relatives aux politiques proposées par le gouvernement.

Tous les entretiens ont été enregistrés, 20 ont été retranscrits mot à mot.

Canevas des entretiens

Questions communes à tous les enquêtés

Parcours professionnel

Qu'est-ce qui vous a conduit à la médecine, et à la médecine générale en particulier ?

⁸ De plus, un médecin travaillant à Belle-Ile a été écarté en raison des temps de transport pour les enquêteurs.

⁹ Sur la quarantaine d'enquêtés contactés, un seul a demandé s'il pouvait être rémunéré, un seul a demandé si le Conseil de l'Ordre était au courant, et seuls deux médecins ont montré de la suspicion à l'égard de l'enquête (pour cette raison, l'un d'entre eux a été interviewé).

Comment se sont passées **vos études** (*stages, ce qui vous a frappé dans un sens positif ou négatif*) ?

Et qu'est-ce qui vous avait conduit à vous installer dans une région en particulier ? (*C'est ici que vous exerc(i)ez ? Et que vous habit(i)ez ?¹⁰*) :

- Quels étaient (sont) les atouts de votre (vos) lieux d'exercice (*en termes d'offre de soins, de services, de possibilités de remplacements pendant les vacances, autres*) ?

Comment s'était (s'est) passée votre installation ? (*Comment avez-vous trouvé votre cabinet ? Comment cela s'est passé avec les confrères ? Avez-vous eu des difficultés à vos débuts ?*)

Ensuite, au cours de votre carrière, **avec quels types de professionnels travail(l)iez-vous** (*cliniques, hôpitaux, autres*) ?

Quel type de clientèle av(i)ez-vous (*âge, caractéristiques sociales*) ?

- Au cours de votre carrière, votre clientèle a-t-elle évolué ?

Quelle pratique av(i)ez-vous, et est-ce que cela correspondait au type de médecine que vous auriez aimé faire ? (*Est-ce que vous étiez secteur 1 ou 2 ? Avec ou sans rendez-vous ? Aimiez-vous faire les visites à domicile ?*)

- Au cours de votre carrière, avez-vous ressenti le besoin de modifier, d'adapter votre organisation initiale de travail (*horaires, disponibilité, activité à temps partiel*) ? Pourquoi ?

Avez-vous eu des expériences en cabinet de groupe ? Pourquoi ?

- *Que pensez-vous des réseaux ?*

En dehors de votre activité libérale, avez-vous eu d'autres expériences professionnelles, d'autres modes d'exercice (*hôpital, clinique, centre de santé, autres*) ? *Si oui* : à quel type de besoins cela correspondait ?

- Au cours de votre carrière, avez-vous eu l'occasion ou l'envie de suivre des formations, de préparer des diplômes universitaires, ou encore d'avoir une activité syndicale ? Pourquoi ? (*Si oui* : à quels types de besoins cela correspondait ?)

Finalement, depuis votre première installation, quels ont été les changements les plus importants dans votre travail quotidien ? Qu'est-ce qui a le plus changé (*horaires de travail, relation avec les patients et/ou les collègues de travail, évolutions de la médecine, administration, informatique et nouvelles technologies, médias, etc.*) ?

De votre point de vue, ces changements étaient-ils inévitables ? Souhaitables ? Regrettables ?

Cessation d'activité

Initialement, jusqu'à quel âge envisag(i)ez-vous a priori de poursuivre votre activité ? (Pourquoi ?)

Quelles ont été les modalités de votre départ (*vente du cabinet*) ?

¹⁰ Les termes en italique correspondent aux précisions apportées au besoin à l'enquêté, et/ou aux possibles relances de l'enquêteur. Les sous-questions sont présentées en caractère normal.

Et actuellement, êtes-vous content(e) de votre choix ?

Connaissez-vous des confrères qui ont fait comme vous ? Savez-vous pourquoi ?¹¹

Enfin, pour résumer : de votre activité professionnelle passée, qu'est-ce que vous regrettez le plus, qu'est-ce qui vous avait le plus motivé (le plus satisfait) ?

Présent/Futur

Avez-vous gardé des contacts avec d'anciens collègues de travail ?

Quels sont vos projets à venir ? (activités familiales, personnelles, associatives)

Connaissez-vous les nouvelles mesures d'incitation à la poursuite de l'activité des médecins de plus de 65 ans (issues de la loi Fillon d'août 2003) ou annoncées (plan de démographie médicale du ministre de la santé Xavier Bertrand) = cumul des revenus de la retraite avec ceux d'une activité à temps partiel, exemption de gardes) ? Qu'en pensez-vous ?

Selon vous, quelle devrait être la place du médecin généraliste dans l'avenir ?

Pour finir, afin d'améliorer les conditions de travail, sur quel(s) aspects insisteriez-vous, que préconiseriez-vous ? Qu'est-ce qui vous paraît le plus urgent sur le terrain ?

Questions spécifiques aux généralistes ayant cessé tardivement leur activité (au-delà de 66 ans)

Décisions de prolonger l'activité

Qu'est-ce qui vous a poussé à continuer de travailler ?

**Et si c'était à refaire maintenant, poursuivriez-vous encore votre activité ? (Pourquoi ?)
Rétrospectivement, qu'est-ce qui aurait pu vous conduire à cesser votre activité plus tôt ?**

Présent/Futur

Avez-vous totalement tourné la page ? Conservé une petite activité professionnelle ou non (exercice à temps partiel, participation à des sociétés savantes, activités d'ordre personnel, associatives, politiques, etc) ?

Comment envisagez vous la retraite ?

Questions spécifiques aux généralistes ayant cessé précocement leur activité (avant 60 ans)

Décisions du passage précoce à la retraite

Qu'est-ce qui vous a poussé à cesser de travailler ?

Et si c'était à refaire maintenant, cesseriez-vous si tôt votre activité ? (Pourquoi ?)

Rétrospectivement, qu'est-ce qui aurait pu vous conduire à prolonger votre exercice ?

¹¹ Nous avons alors exploité les réponses relatives aux cessations d'activité de confrères (affinement des positions de chaque enquête, recueil supplémentaire de données).

Présent/futur

Avez-vous totalement tourné la page ? Conservé une petite activité professionnelle ou non (*exercice à temps partiel, participation à des sociétés savantes, activités d'ordre personnel, associatives, politiques, etc.*) ?

Comment envisagez vous la retraite ?

Questions spécifiques aux généralistes en exercice

Décisions du passage à la retraite

Arrivé(e) à votre point de carrière, et si ce n'est pas trop tôt, comment envisagez-vous votre retraite ?

Connaissez-vous des confrères déjà à la retraite ?

- Est-ce que certains sont partis plus tôt ou plus tard ? (*Si oui*) Savez-vous pourquoi ? Qu'en pensez-vous ?

Qu'est-ce qui vous pousserait à continuer de travailler ? Ou, inversement, à cesser précocement votre activité ?

Si vous partiez actuellement, qu'est-ce que vous regretteriez le plus ? Et inversement, qu'est-ce qui vous soulagerait le plus ?

Futur

Quels sont vos projets professionnels ?

Contacts et déroulement des entretiens

Les rendez-vous avec les actifs et « les jeunes retraités actifs » - en particulier les retraités tardifs - ont été parfois un peu difficiles à obtenir (cumul d'activités professionnelles et privées). Les entretiens avec les médecins généralistes reconvertis ont souvent été particulièrement longs (de 2 heures 30 à 3 heures en moyenne, avec souvent des invitations de l'enquêteur à partager un repas - certains ont duré toute une journée). Les échanges avec ces médecins ont été beaucoup plus denses, en raison de leurs engagements successifs, mais aussi parce les reconversions professionnelles sont un passage au moins aussi important que celui de la retraite (un médecin s'est d'ailleurs lui-même enregistré). Comme pour des retraités précoces, les entretiens ont été pour certains l'occasion d'exprimer des colères intériorisées, et/ou d'achever un travail de deuil (la plupart des départs ayant été non choisis), et surtout d'avoir un « *espace de parole* » (dont les médecins semblent se sentir privés – ils souffrent du manque de reconnaissance des difficultés d'exercice de la médecine générale par rapport à d'autres spécialités médicales notamment). « *On ne demande jamais l'avis des médecins de base comme moi.* » « *Vous venez pour nous remonter le moral ? Il est plus que temps.* » « *Moi c'est de cela que je suis le plus frustrée : de ne pas avoir été entendue après toutes ces années de travail (...). Je pense qu'on a envie vraiment de s'exprimer là-dessus : les rares fois où on a eu à s'exprimer, cela a été plutôt pour être mis en accusation, ou pour se défendre.* » (retraité précoce et actives reconvertis).

Cependant, compte tenu des problèmes de démographie médicale, l'étude a suscité de nombreuses réponses, mais également un réel intérêt (certains enquêtés sont même venus avec leur CV ou des documents relatifs à la médecine générale, et pratiquement tous ont insisté pour avoir les résultats de l'étude).

Concernant l'exploitation des données recueillies, nous avons d'abord réalisé des analyses croisées selon les âges, puis selon les lieux d'exercice, puis selon les trois groupes d'enquêtés (RT, RP, A et AR), et selon le sexe des enquêtés. Enfin, nous avons également cherché à savoir dans quelle mesure les caractéristiques propres à l'exercice de la médecine générale, l'organisation et l'orientation du travail et les itinéraires de vie de chaque enquêté participaient au processus de cessation d'activité.[^]

Avec certains enquêtés, la principale difficulté n'a pas été d'aborder le volet financier du travail, mais d'en discuter en profondeur (même constat fait par Davezies, 2004, p. 19). Les médecins ont ainsi mentionné le nombre d'actes réalisés à l'année et leur durée moyenne, mais peu leurs revenus réels (un seul enquêté a donné des détails sur plusieurs années, mais pour démontrer les difficultés économiques auxquelles il avait été confronté). En effet, pour la majorité des médecins, ces revenus sont « normaux », c'est-à-dire proportionnels au niveau des études et/ou à la quantité de travail hebdomadaire (d'où d'ailleurs les revendications communes des médecins généralistes d'une revalorisation des actes par rapport aux spécialistes). De plus, la plupart des enquêtés avaient le désir de contrer une image stigmatisante (suspicion généralisée d'importants bénéfices financiers des médecins en général) : *« Il faudrait déjà leur dire dans les ministères que les revenus des médecins généralistes, contrairement à ce qu'on croit, sont loin d'être mirifiques, et qu'il n'y a aucune raison que l'on paye un acte intellectuel en médecine 20 euros, et qu'un acte intellectuel d'un spécialiste soit de 25 euros. »* *« Les gens passent leur temps à croire que vous gagnez trop bien votre vie. »* *« En médecine, vous apprenez à fermer votre gueule devant votre hiérarchie, et à fermer votre gueule devant votre patient, et devant la société puisque vous êtes un nanti. »*

Des différences de revenus du simple au double en médecine générale

Paradoxalement, la volonté de défendre financièrement la médecine générale tend à gommer la grande variabilité des revenus selon les praticiens. Ainsi, selon Davezies (*op.cit.*, p. 20), ils vont de 3 307,5 à 6 142,5 euros par mois¹², les revenus les plus bas étant liés à la réalisation de consultations et/ou de visites à domicile plus longues. En effet, en raison du système de paiement à l'acte, la « médecine rapide » est plus rémunératrice, comme l'ont confirmé une partie des enquêtés (qui ont dit gagner de 2 200 euros à 3 500 euros par mois)¹³.

De plus, au cas par cas, les calculs restent complexes à mener (du fait de la prise en compte ou de la non-prise en compte notamment des années, des revenus et des investissements parallèles).

« Je gagnais environ 20 000 francs par mois, beaucoup moins que la moyenne des médecins (rires). (...) Par exemple, en décembre 2004 – une de mes meilleures années –, j'avais des revenus bruts de 80 000 euros avec des charges de 58 000 euros – mais c'est à cause de mon association : c'est le moment où j'ai acheté un cabinet –, plus les frais kilométriques. En décembre 2003, j'ai eu des revenus bruts de 80 000 euros, avec des charges de 26 000 euros, plus les frais kilométriques, cela faisait environ 30 000 euros de charges... Et je n'étais pas du genre à faire réutiliser les oreillettes des stéthoscopes, ou à retourner le drap (d'auscultation)... sauf peut-être la première année. »

Enfin, les discours leitmotifs concernant l'obligation de « payer décemment » les généralistes, de « maintenir son niveau de vie », et/ou la volonté d'« avoir une vie décente » se sont révélés très relatifs. Ainsi, certains enquêtés « ne s'en sortaient pas » (financièrement) en voyant entre 3 ou 4 patients l'heure, en secteur 1 (soit 30 à 35 patients par jour, alors que la moyenne nationale déclarée est d'une vingtaine de patients par jour). D'autres pensent que la réalisation de 30 à 40 actes par jour est la moyenne normale de l'activité des médecins généralistes. La « norme » est donc très personnelle : elle est liée à l'idée de la « bonne » médecine que chaque praticien a, à ses projections et aux besoins de sa famille. Afin de résoudre le problème que posent ces représentations sociales subjectives¹⁴, nous avons

¹² Avec des différences importantes selon le genre : revenus net annuels de 58 869 euros (chez les hommes) à 38 156 euros (chez les femmes). Sources : HAS, comité de réflexion, d'après l'étude de B. Ventalou et B. Saliba, sur un panel représentatif de 600 médecins généralistes en région PACA.

¹³ Selon les études quantitatives, la moyenne du temps passé par patient est d'ailleurs d'un quart d'heure à 20 minutes (contre une demi-heure à une heure chez certains des enquêtés de cette étude, qui, en secteur 1, ont alors témoigné sinon de difficultés financières, au moins de revenus insuffisants).

¹⁴ Autres exemples de la variabilité des ressentis : *« Il a pris sa retraite, il s'est retrouvé SDF pour ainsi dire (...). Il est allé finir ses jours dans une toute petite maison, tranquille, mais en vivant très très modestement. »* *« J'étais très mal payé : 7 000 francs à mi-temps. »*

alors choisi de prendre en compte plusieurs variables pour analyser l'influence des facteurs économiques dans les motifs de cessations d'activité : le nombre d'actes par jour, les secteurs (1 ou 2), mais aussi les activités supplémentaires (autres sources de revenus), les niveaux d'imposition et les motivations du choix ou du non choix du MICA (révélatrices du niveau d'activité et de la rentabilité du travail).

C. Les étapes du travail

Les enquêtés ayant renvoyé leur coupon-réponse ont été contactés à partir d'octobre 2006 jusque juin 2007 (soit environ 4 mois de contacts et de terrain). Les entretiens ont été enregistrés et retranscrits au fur et à mesure (4 mois pour la retranscription et l'analyse des données ethnographiques, 2 mois pour la rédaction et les corrections du rapport final¹⁵).

Parallèlement, plusieurs rapports ont été remis, des réunions et des contacts informels ont été organisés :

- Note méthodologique pour la DRESS remise en décembre 2006, rapports intermédiaires remis à l'EHESS en janvier 2007 et en mars 2007 à la DRESS, complétés par une pré-analyse d'entretiens remise en juin 2007).

- Première réunion le 27 septembre 2006, avec 2 membres de l'équipe et les représentants de la DREES (validation des supports administratifs, rédaction du courrier envoyé aux médecins et des grilles d'entretiens, présentation de l'échantillon) ; seconde réunion avec la DREES le 18 janvier 2007 (présentation du rapport intermédiaire pour l'EHESS et réajustement des orientations), et avec la seconde équipe de chercheurs (échanges sur les méthodes et les premiers résultats), reconduite en mai (en vue également de la présentation orale du travail réalisée 10 juillet 2007 à la DREES).

- Des contacts ont été pris parallèlement avec plusieurs anthropologues travaillant ou ayant travaillé sur des sujets proches : C. Le Grand Sébille, membre de l'équipe¹⁶, et C. Haxaire (maître de conférences à la faculté de médecine et de sciences de la santé de Brest), suite à ses travaux sur le *burn out* des médecins généralistes en Bretagne (2005).

- Enfin, une première version de ce rapport a été remise à la DREES le 16 juillet 2007.

Évolution de la problématique et des hypothèses de travail : des cessations d'activité liées aux parcours individuels des médecins

Au fur et à mesure de l'analyse des entretiens, les limites de notre première hypothèse de travail (les facteurs d'allongement de l'activité ou de cessation précoce trouvent leur source dans les ajustements individuels que les médecins font par rapport aux conditions concrètes de leur activité et à leur évolution) sont apparues. En effet, si des ajustements individuels ont permis à des médecins des exercices tardifs, ces stratégies restent difficiles à mettre en œuvre dans certains lieux d'exercice. De plus, les (ré)aménagements du travail sont possibles à condition d'avoir conscience de ses propres limites, et d'avoir encore suffisamment de ressources pour changer. Pour les autres enquêtés, les facteurs de cessation précoce trouvent surtout leur source dans le fait de ne plus pouvoir mettre en pratique certains idéaux professionnels, ou sont la conséquence de projections sociales déçues.

Si les évolutions et changements du travail (organisation, lieux, secteur) sont, comme dans d'autres professions, liés à l'âge, cette étude met en lumière l'existence de fortes disparités dans les conditions d'exercice de la médecine générale, et des conceptions plurielles du rôle du médecin généraliste, indépendantes des âges des enquêtés. Les médecins interrogés n'avaient pas des modèles professionnels identiques au départ (d'où des organisations du travail, des relations avec les confrères

¹⁵ Nous avons compté un mois pour la valorisation de cette étude (article à paraître sur la souffrance médicale aux Éditions des Belles Lettres notamment, participation à la réunion du groupe de travail « Enjeux économiques des nouvelles formes de coopération entre professionnels de santé » le 15 juin 2007 à la Haute autorité de santé).

¹⁶ Présentée en annexe de ce rapport.

et les patients différenciées). Ils ont eu des expériences et des besoins d'ordre professionnel et privé différents, d'où leurs perceptions également différentes des évolutions du travail (de la médecine, des relations aux patients).

Autrement dit, cette étude montre surtout l'incidence de valeurs, de priorités dans le travail et de centres d'intérêt sociaux variés, expliquant des motifs de cessation partiellement différents, notamment en fonction du sexe des enquêtés.

Les facteurs strictement financiers – du moins tels qu'ils ont été listés dans l'appel d'offre de la DREES – ne joueraient un rôle direct dans les motifs de cessation d'activité que pour une partie des enquêtés (moindre rentabilité du travail chez les médecins en situation de concurrence défavorable, ou pratiquant une médecine lente en secteur 1).

Synthèse et présentation de l'étude

Chez l'ensemble des enquêtés, le principal motif de cessation précoce d'activité est lié à la reproduction de rythmes de travail effrénés, au dépend des sphères privées, entraînant des ruptures de santé et/ou familiales (épuiement professionnel lui-même lié à une certaine endurance professionnelle acquise à l'hôpital et à des notions de devoir et/ou de service aux patients). Dans ces conditions, le passage à la retraite et les reconversions sont un soulagement : deux moyens d'échapper aux contraintes du temps et de pouvoir se consacrer à soi et aux siens. Une grande partie des enquêtés reconvertis ont fini par mettre en pratique des stratégies que les retraités tardifs ou des actifs avaient utilisées d'emblée, et qu'une petite partie des retraités précoces n'ont pas pu ou osé employer : moduler leur temps de travail, diversifier leur activité, refuser, mettre fin à des associations et/ou changer de lieu d'exercice suite à l'arrivée de confrères ayant les mêmes compétences dans leur zone d'exercice, ou lorsque leurs conditions de travail devenaient contraires à leurs aspirations professionnelles, devenir des « spécialistes » (approfondir ou trouver sa voie professionnelle), passer en secteur 2 lorsqu'ils aspiraient à se réaliser dans une médecine lente.

L'étude confirme le caractère déterminant du choix du lieu d'exercice (patientèles plus ou moins épuisantes, fidèles et rentables), puis des capacités de chaque médecin – quel que soit son âge – à anticiper, à s'adapter aux évolutions concrètes de son activité, mais aussi à se protéger. En effet, les médecins qui se sont épanouis au travail sont parvenus à trier et à cadrer leurs clientèles (à l'inverse de ceux qui se sont fait dépasser par les demandes). Ils se sont fait aider (construction de soupapes, consolidation de réseaux d'entraide palliant les risques de solitude au travail, second motif majeur de cessation précoce d'activité, dans une profession où les collaborations médicales restent rares). Enfin, ils ont accepté et participé à la médicalisation de la société : ils ont plutôt multiplié les actes et les examens secondaires, ce à quoi se sont opposés une partie des autres enquêtés (motif de cessation précoce).

L'étude montre la diversité des médecins généralistes et donc la diversité des motifs de cessation d'activité, expressions de la façon dont chaque médecin envisageait « la véritable médecine » - ainsi que l'importance du genre, des orientations de soins, voire des profils des enquêtés. Cependant, au-delà de cette diversité, l'enquête permet de construire une première typologie des enquêtés. Ainsi, les médecins « notables », « self-made men libéraux », ont réussi leurs carrières en médecine générale libérale. Ils s'opposent à des médecins « passionnés », et à des médecins « relationnels », plus exposés au surinvestissement au travail (surtout chez ceux ayant des aspirations ou des pratiques de médecine humanitaire). Les femmes enquêtées ont également des tendances à cumuler des problèmes d'organisation. Enfin, l'étude montre moins des césures entre générations, entre retraités et actifs, entre médecins généralistes et médecins reconvertis, entre libéraux et salariés, que des continuités dans le métier de médecin généraliste, voire le renforcement de tendances paradoxales. Par exemple, on constate la persistance de fortes inégalités en ce qui concerne les conditions de travail (et les revenus) en défaveur des praticiens qui prennent en charge des problèmes de société dans des

banlieues et dans des campagnes (problèmes psychosociaux, patients âgés, difficultés d'insertion culturelle, etc., obligeant à faire une médecine lente, en secteur 1). Autrement dit, de gré ou de force, ces médecins ont pratiqué une médecine *a priori* plus complexe (privilégiant l'examen clinique et l'écoute des patients), peu rémunératrice, voire peu aidée (« *Il n'y a rien de prévu pour nous faciliter la vie.* »).

L'étude ayant livré un matériel très abondant, nous présentons d'abord dans ce rapport une synthèse des résultats généraux, afin de montrer la part des stratégies, des choix et des non-choix, et des « *opportunités* » dans les motifs de cessation d'activité. La troisième partie du rapport détaille ces résultats au regard des différents groupes que les analyses ont permis de constituer. La dernière partie résume les principales propositions consensuelles des enquêtés, et propose quelques pistes de travail.

Ce rapport propose plusieurs niveaux de lecture : rapide (texte en gras, souligné et résumés), condensé (texte), détaillé (*verbatim*, notes en bas de page et encadrés). Les encadrés permettent ainsi un approfondissement des analyses (développement d'un thème, présentation d'extraits d'entretiens longs, résumé d'items présentant un intérêt particulier)¹⁷.

¹⁷ Lors d'une première lecture du rapport, ils peuvent donc être mis de côté.

2ème partie - Constance et diversité médicale

Qu'est-ce qui caractérise l'exercice de la médecine générale libérale ? Quels sont les changements qui l'ont marqué ? Quels sont, en conséquence, les principaux motifs de cessation d'activité parmi les enquêtés ?

L'analyse de l'ensemble des témoignages montre moins des ruptures que des continuités dans le travail. L'inadéquation des formations initiales aux réalités du travail de médecin généraliste libéral, mais aussi des difficultés d'exercice variables selon les lieux d'exercice et les types de clientèle soignée sont à l'origine de ces constances et permettent de nuancer les oppositions systématiques entre vieilles et jeunes générations.

Ce bref récapitulatif vise à présenter les risques du métier (persistance de surinvestissement au travail, solitude professionnelle non choisie), mais aussi les moyens de s'en prémunir, avant d'entrer dans le détail des différentes catégories de médecins.

2.1 Le poids de l'histoire : qu'est-ce qui a réellement changé dans l'exercice ?

- Au travers de l'analyse des réponses aux questions : « Qu'est-ce qui vous a conduit à la médecine, et à la médecine générale en particulier ? », « Comment se sont déroulées vos études ? », « Qu'est-ce qui vous a particulièrement marqué ? », une première constante apparaît : **les formations initiales ont peu évolué dans le temps** et sont toujours critiquées.

Les témoignages de la plupart des enquêtés rejoignent les constats de nombreux chercheurs¹⁸ : les problèmes de recrutement et de formation des étudiants en médecine – particulièrement ceux qui se destinent à la médecine générale libérale – **participent à rendre les débuts d'exercice difficiles**.

- Les sélections des futurs médecins ne sont toujours pas fondées sur les capacités et les motivations individuelles des candidats, mais sur des résultats scolaires « *sans rapport avec la profession médicale* ». De plus, les épreuves classantes nationales tendent à aggraver « *la dévalorisation* » de l'exercice de la médecine générale.

« Quand j'étais externe, en fonction du rang qu'on avait, on choisissait le service que l'on voulait – donc les premiers choisissaient les très grands services, les grands noms –, et ceux qui étaient moins bien placés prenaient ensuite ce qu'il y avait. » (médecin âgé de 66 ans) « Il suffit de passer des examens, de les réussir : vous pouvez être absolument brillant et n'avoir jamais vu un malade. » « Il y a sûrement des gens super bien - qui auraient fait des bons médecins - (...), et qui ne peuvent pas continuer leurs études parce qu'ils n'ont pas eu 18 en biologie ! » « Ils (les futurs médecins) sont obligés de faire de la médecine générale, qu'ils aient envie ou pas ! » « Du coup, en médecine générale, on n'a pas les gens les plus qualifiés, alors que c'est la médecine la plus difficile. »

- Les formations ne sont pas « *concrètes* », et « *ne préparent pas à l'exercice à venir* », d'où la nécessité de se former « *sur le tas* », « *au hasard* » des stages hospitaliers (selon le bon vouloir des patrons), ou au cours de remplacements (pendant ou après les études).

« Ça ressemblait à rien l'enseignement (...). Jamais pratique, n'importe quoi, des profs lisant leur cours. » « La médecine de confort est négligée dans nos études, elle ne répond pas aux patients en médecine générale. » « On apprend des trucs, beaucoup de trucs dans les études, mais j'ai surtout appris à l'hôpital en voyant les confrères, dans les remplacements, et après. »

¹⁸ Davezies, *op.cit*, Hardy-Dubernet 2006 et Haxaire, *op.cit*, notamment.

Une profession qui permet tout, mais qui reste mal connue

Parce que la médecine générale n'est (toujours) pas enseignée, les motivations des enquêtés restent globalement floues¹⁹. Ainsi, hormis les enfants de médecins, les enquêtés connaissaient peu leur future profession (cela ne les a pas empêchés de l'aimer par la suite). Les motivations sont donc assez peu précises :

« (Entre les) promotions 79-80 et 94-95, rien a changé. Pour ce qui était des motivations, on retrouvait les classiques en médecine : il y avait les missionnaires – enfin la vocation MSF -, les vocations plutôt d'ordre scientifique, et puis une partie qui était là, qui ne savait pas trop (...) - les indéterminés. (Ils avaient) cette innocence complète de ce que pourraient être leurs projections réelles dans une activité médicale – mais les images ou les représentations étant assez limitées (...). Il y a ce qui a été connu dans le périmètre, ou ce qui a été imaginé comme potentiel, mais sans aucune connaissance – sauf pour quelque uns – de la pratique. » (retraité précoce)

Qu'est-ce qui a conduit les enquêtés à la médecine ?

- Les pressions de leurs parents (ils ont pu s'y opposer, mais le plus souvent, ils sont allés dans leur sens, ont eu le sentiment « être obligé »²⁰), des modèles et réseaux professionnels familiaux préexistants, allant souvent de pair avec des transmissions de valeurs « humanistes ».
- La rencontre d'un médecin ou d'un chirurgien sauveur (suite à un accident ou à une maladie grave), une maladie élective (qui pousse à soigner à son tour).
- Des besoins d'être « utile aux autres », « l'attrance vers les relations humaines » (le souhait d'« être plus près des patients », de « suivre les personnes »), parfois synonymes de « vocation » ou exprimant des idéaux salvateurs (« sauver les gens », « rendre service à l'humanité »)²¹.

En raison de l'absence de connaissances concrètes de l'exercice, certains ont choisi la médecine générale par défaut :

- ils ont redoublé, ils ont raté l'internat dans leur spécialité ;
- ils n'aimaient pas telle ou telle spécialité, la médecine générale était ce qui leur « déplaisait le moins », ils n'avaient pas d'idée(s) « préconçue(s) au départ » ;
- ils ont eu « un bon souvenir » de stage, le soutien d'un patron hospitalier, ou au contraire ils ont dû faire de la médecine générale libérale suite au désistement d'un patron (2 cas) ; ils en avaient « ras le bol des hiérarchies » en milieu salarié (« Je ne me voyais pas continuer avec les fourches caudines des mandarins du CHU. »).

La plupart ont d'ailleurs choisi la médecine générale parce qu'elle leur offrait le plus d'« ouvertures », et d'indépendance au travail²² :

- Avec ou sans internat, ils ne voulaient pas être « limité(s) », « se cantonner » à une spécialité « routinière » ; ils désiraient « faire de tout », « la vraie médecine », « la variété » – notamment de la clinique.

Une fois installés, le rétrécissement de leurs champs de compétences est alors devenu pour certains un des motifs principaux de cessation d'activité (voir 3.2. A).

- Ils voulaient être libres (« être vraiment autonome(s) », « choisir ma médecine », parce que « le médecin est seul maître à bord »)²³.
- Enfin, **une minorité ont d'emblée** choisi des types de patients (populations ouvrières, exclus, clientèles rentables), ou un cadre de vie (campagne, bord de mer), « une qualité de vie ». Cette dernière notion s'avère finalement fondamentale dans les carrières : **sa détérioration est un des motifs principaux de changement ou de cessation d'activité (voir 2.2. D).**

¹⁹ Elle est toujours la « coquille vide de l'enseignement » (Hardy-Dubernet, *op.cit.*, p. 65), d'où des choix « à l'aveugle » (p.10). Les motivations des étudiants actuels sont donc très proches de celles des enquêtés de cette étude (p. 51, 59, 60), et les témoignages sont identiques : « On y va totalement dans le brouillard. » (p. 57)

²⁰ Cas de trois enquêtés d'origine asiatique (obligation liée au rang dans la fratrie).

²¹ À noter que dans cette étude, il n'y a pas de lien entre ces vocations ou idéaux (souvent précoces) et les cessations d'activité – sauf dans un sous-groupe de médecins ayant un profil « humanitaire » et « relationnel » (voir 3.2. B).

²² Motivations allant de pair avec la recherche d'une installation en secteur libéral, plutôt en milieu rural, semi-rural (« J'avais déjà 31 ans, et je me suis dit : 'j'irai en semi-rural pour pouvoir choisir ma routine'... ») – d'où souvent des choix de stages privilégiés pendant les études en vue de l'acquisition d'une « polyvalence ».

²³ La valorisation toujours importante de cette liberté d'organisation du travail explique à la fois des refus des contrôles (de la Sécurité sociale), mais aussi des rejets traditionnels des « charges administratives », et des « réunions chronophages » grevant le temps consacré aux soins, qui sont l'expression de la colère que ces médecins peuvent ressentir et quelques fois le « prétexte » à des départs anticipés – au même titre que l'informatisation (qui ne fait pas partie non plus des principaux motifs de cessation d'activité).

- En conséquence, tous les enquêtés ont témoigné à des degrés divers de difficultés à la sortie de l'hôpital (« c'est le grand saut », « il faut s'accrocher », « je ne comprenais rien, rien du tout », « on est vraiment d'un coup tout seul »), même ceux qui avaient déjà fait des stages en médecine générale, car ils ont été alors confrontés à des réalités peu enseignées²⁴.

« Je me souviens à mes débuts : c'est là que j'ai eu mes premiers cheveux blancs. Là, j'ai angoissé, je n'arrivais plus à respirer, à expirer. » « C'était l'angoisse permanente. »
 « Quand j'ai commencé à pratiquer la médecine en 94, même si j'avais appris à l'hôpital mieux que ce qui se fait d'habitude, j'avais vraiment l'impression de faire un métier que je n'avais pas appris. »²⁵ « On n'est pas préparés à la prise en charge du tout venant. » « (À la fac), on nous apprend essentiellement les spécialités, et les pathologies liées aux spécialités (...) qu'on sait très bien gérer en sortant de la fac, alors qu'on est dans des impasses thérapeutiques devant des symptômes fonctionnels, des pathologies fonctionnelles (relevant de la médecine générale). »

Quel que soit leur âge, les premières consultations, les premiers remplacements les ont donc particulièrement marqués (ils ont été vécus de façon intense).

« Le problème, c'est la formation théorique – ce doctorat qui ne sert à rien souvent -, et de mettre ensuite des jeunes dans la nature. Le premier patient, vous vous dites : 'mais qu'est-ce que je fais ?'. C'est la panique, et si ça ne l'est pas, c'est que vous n'êtes pas un médecin. » (retraité) « Le premier remplacement, c'est quand même dur, hein... un peu osé. C'est pour cela que j'ai toujours pris ici des remplaçants qui n'étaient pas débutants – même avec ma fille, ici. Je lui ai dit : 'va faire tes armes ailleurs'. »

La réelle période d'apprentissage reste en médecine générale la confrontation en solitaire avec les patients (la socialisation est plus prononcée que chez les autres professionnels de la santé libéraux). Autrement dit, **la majorité des enquêtés ont subi des chocs auprès de patients, qui ont participé à la cessation d'activité de certains d'entre eux.**

- Ces chocs sont le résultat de décalages sociaux (des citadins ou des ruraux connaissent parfois mal d'autres environnements²⁶), et à des incompréhensions de pratiques de soins pas ou peu enseignées (autonomie des patients).

« (En visite), le client dans son biotope naturel, c'est pas... Les trois, les quatre télés allumées (...). Pauvres de nous ! Avec tous ces hameçons qui se balancent, et les gens qui se jettent dessus : allez, untel c'est la télé qu'il faut avoir, l'autre c'est la voiture qu'on gare devant la porte, alors la voisine déverse ses ordures juste devant (ton bas)... Bien oui, parce que j'ai vu ça aussi : des personnes que je connaissais bien qui s'étaient battues, battues ! Des femmes qui se battent – vous vous rendez-compte ? Quand je parle de misère, c'est non seulement une misère intellectuelle, mais aussi une misère morale ! (...) Les gens à qui il faut répéter plusieurs fois la même chose. (...) On voit des conneries, des conneries ! Des aberrations, dont les gens sortent vivants et intacts ! Ils sont d'une solidité (tape sur bureau), je vous assure, on ne sert à rien. » « En fait, les gens font ce qu'ils veulent, les prescriptions sont suivies à 30 %. Cela aussi, ça rend modeste... Ça aussi, c'est usant : quand les gens font tout de travers et que ça merde encore plus, quand les gens ne commencent même pas les traitements, ne suivent pas la moindre recommandation. » (médecins reconvertis)

²⁴ Les médecins acquièrent encore souvent, au cours de leur formation, une conception réductionniste de la vie (Froment, 2001) qui n'est pas toujours adaptée à la crise existentielle générée par la maladie (Le Breton, 1999 ; Good, 1994), et surtout à la prise en compte des liens entre les soignés et leurs environnements de vie.

²⁵ Cet enquêté, comme d'autres, s'est reconverti pour cette raison dans l'enseignement (pour que les futurs étudiants « ne soient pas pris, piégés comme moi je l'ai été ». (Voir 3.3. B)

²⁶ « (Dans les années cinquante déjà), il y avait quand même un certain nombre, souvent des jeunes médecins qui s'installaient à la campagne parce que c'était plus facile, (il y avait peut-être moins de concurrence) mais qui, au bout de quelques années – comme la vie d'un médecin de campagne est quand même beaucoup plus fatigante -, abandonnaient pour venir s'installer en ville. » « (Ici, c'est régulier) : certains médecins citadins n'ont jamais pu s'adapter à C. parce qu'ils avaient une vision trop champêtre de la campagne, sans insecte par exemple. (rires) »

Témoignages de retraités tardifs : la découverte d'autres mondes

« Il y a aussi une anecdote, alors dont je me souviens parce que c'était la toute première (répété). Je suis appelée auprès d'un patient (...). Il habitait près d'un passage à niveau, et en plus le médecin m'avait prêté une Deux Chevaux, et j'avais mon permis de conduire depuis très peu de temps : je me suis quand même mise dans le fossé tranquillement, m'enfin c'est pas grave (...). Donc, je vais voir ce patient, ce malade - sortant tout droit de ce qu'on m'avait bien appris (à l'hôpital) -, et le gars était donc sur son lit, dans une chambre moitié noire, on n'y voyait rien du tout ; et j'examine le gars, le vieux, et je vois qu'il avait la grippe, quoi : il avait un état grippal. La fièvre, des courbatures : un état grippal, tout bête. Alors, je lui dis : 'bon, c'est pas difficile, ça va aller mieux', mais je lui fais une ordonnance (rires). (...) Il me dit : 'et bin alors ! Si c'étaient ça, c'était pas la peine que je vous fasse venir, hein !'... Ah, là, là ! Alors ça, ça vous coupe tout (rires). (...) Donc, j'ai appris qu'en campagne - du moins à cette époque-là -, il fallait surtout donner des médicaments : au lieu de mettre Aspirine, j'aurais mis un autre nom - la même chose mais pas Aspirine, maintenant on est revenus aux génériques -, mais là, il fallait surtout mettre un autre nom ! Il fallait une ordonnance qui se tenait parce que c'était l'époque où ils avaient besoin d'ordonnances comme cela (très longues) (...). Et puis, s'ils appelaient le médecin en campagne, il fallait que cela soit justifié quoi, vraiment. Cela, je m'en rappelle parce que ça avait été de nuit (...). C'était une confrontation quand même un peu difficile.

Il fallait aussi garer sa voiture 100 mètres plus loin, dire qu'on avait oublié quelque chose (du matériel), pour aller consulter le Vidal en douce : ne jamais montrer à l'époque qu'on ne savait pas... C'est marrant, parce que maintenant c'est devenu un point positif, peut-être pas d'emblée quand on débute, mais cela, c'est aussi un grand changement. »

« Quand je suis arrivé dans une ferme, il y avait - j'étais encore jeune à l'époque et ça m'avait impressionné -, c'était la ferme où il y avait encore les grands-parents, il y avait tout le monde, les enfants, ça braillait partout, et puis quand le médecin était venu me présenter - j'étais son successeur -, la femme lui avait dit : 'ah vous partez ! Mais comment c'est t'y qu'on va faire maintenant ? On va être obligés d'aller refaire le rebouteux !!' (rires). Et ces gens-là, je m'étais dit : 'je ne les garderai pas longtemps parce qu'ils ne me font pas confiance'. Et puis 25 ans après, je les avais encore... »

« Le type que je remplaçais était tellement aimé que me suis dit : 'jamais je n'y arriverai'... et me voilà ! »

- Cependant, toutes générations confondues, ce sont surtout les confrontations aux problèmes psychosociaux de patients ou de leurs proches (conflits familiaux, alcoolisme, violences, suicides²⁷) pendant les gardes qui ont ébranlé certains enquêtés.

« Je venais de découvrir la médecine générale (...). Enfin l'appel était motivé par le problème d'une enfant qui n'allait pas bien. Et je tombe dans une famille où la gamine de 8 ans était chez sa mère qui avait un concubin - ses parents ont été séparés, donc c'était le père qui devait venir la voir. Et donc je tombe en fait dans une situation où le père et le concubin s'engueulaient, ou la mère - je ne sais plus, quoi. Et dans mon petit résumé, je dis ce que je découvre : un appel d'urgence, c'est en fait un problème familial. Et j'avais donc parlé avec l'enfant - (bredouille) la gamine, en fait, me disant qu'elle était préoccupée de trouver du scotch pour coller son dessin !! (rires). Bon ! On est là dans la problématique des crises familiales, dans le cadre de difficultés qu'on retrouve maintenant à foison - enfin qui ne sont pas nouvelles -, mais où on est en urgence, en train de traiter une problématique sociale, et où l'enfant se focalise (rires) pour se protéger, sur son truc. (...) Quand on sort de milieux hospitaliers, où on est confronté à des trucs d'ordre technique de soins, on est loin de la formation !! (rire qui n'en finit plus) (...) (Une autre fois), je suis allée chez une femme qui s'était suicidée chez elle, il y avait du sang partout : on se retrouve comme cela brusquement immergé - et quelque fois sans préparation : on sort d'un gamin souriant, et voilà. Alors, comme on est sollicité par l'action, on fait ! (rires) Mais on se dit : 'mais où je suis ? Qu'est-ce que je fais ?'. Et après coup... On a en fait des sollicitations sur des aspects très différents, l'action étant une forme d'écran, c'est un moyen de défense... » (retraîtée précoce)

- Au travers de l'analyse des réponses aux questions concernant le travail quotidien et les changements jugés rétrospectivement « les plus importants » depuis la première installation, **des contextes d'exercice de la médecine générale contrastés (et évolutifs dans le temps)** apparaissent. Ils ont également **participé à des cessations précoces ou tardives**.

Les témoignages des enquêtés portent sur une longue période (depuis la seconde guerre mondiale, en passant par mai 1968, la guerre d'Algérie, jusqu'à l'époque contemporaine, marquée par la féminisation du travail) et évoquent parfois des aspects du travail qui appartiennent désormais au passé. Certaines tâches professionnelles ont totalement disparu. Cependant, les médecins généralistes interviennent désormais dans des domaines de la vie de plus en plus étendus et le contenu des activités reste très variable selon les lieux d'exercice.

²⁷ À ce sujet : Haxaire, *op. cit.* : p. 272 (difficultés des médecins généralistes à « trouver les ressources personnelles et professionnelles pour agir »).

« Maintenant on ne voit plus de maladies infectieuses. Mais, à l'époque, on voyait des fièvres typhoïdes très graves pour les enfants, des varicelles contagieuses très très évoluées, des rougeoles – des maladies qu'on ne voit plus grâce aux vaccinations. » « On faisait nous les prises de sang (...). Les médecins qu'on a remplacés, ils faisaient tous les accouchements (fin des accouchements à domicile, demandés jusque dans les années cinquante en milieu rural). Ils arrachaient les dents. » « Avant Madame Veil, quand on organisait clandestinement des avortements... - avec un chirurgien on faisait ça, ou les voyages, les charters en Hollande - C'était une période un peu difficile. » (également en raison de l'absence d'instance de pharmaco-vigilance : « Quand vous trouviez un problème avec un médicament, vous vous adressiez au laboratoire qui avait tendance à vous dire que tout allait bien... »)

- Nostalgiques ou soulagés, des enquêtés pensent que l'époque où « on faisait tout » (urgences, actes techniques) – et le plus souvent seul (manque d'infirmières libérales, d'assistantes sociales, de confrères et de spécialistes) –, fait partie d'un temps révolu. Or, l'étude montre que **des environnements sont restés favorables à cette forme de médecine générale** : des campagnes, mais aussi des banlieues urbaines, des villes de province sont « encore épargnées ». **Les praticiens peuvent encore y réaliser de nombreuses tâches auprès d'une patientèle restée fidèle et rentable – c'est-à-dire s'épanouir au travail, et donc prolonger leur activité²⁸.**

« C'est donc la médecine générale avec des gestes, beaucoup de gestes techniques, puisque je suis le seul médecin du coin, du village et à une demi-heure, trois quarts d'heure de voiture de l'hôpital le plus proche. » « J'avais trouvé ce qui me plaisait (...), il y avait encore des accouchements, y'avait de la bobologie, je faisais des plâtres, des sutures (...), j'avais la possibilité d'hospitaliser mes patients, de les prendre en charge assez loin. » « J'accouchais plus de 95 % de mes patientes. » « C'était en banlieue - donc le boulot, génial : (...) on faisait beaucoup de gynéco, beaucoup de suivis de grossesses, beaucoup de pédiatrie. On faisait tout, tout. » « Il y avait un geste que je faisais car j'avais fait une petite formation de phlébologie : je faisais de la sclérose de varices... Sinon, non : je faisais des examens gynécologiques – spéculum – je regardais les prostatites... Des gestes que normalement tous (les) généralistes doivent savoir faire. »²⁹
« J'ai gardé la clientèle – jusqu'à la fin. Bon, il y a toujours des - je ne dirais pas des transfuges, ça n'existe pas – mais il y a des gens qu'on ne voit plus, c'est normal : qui déménagent, qui veulent changer, c'est logique. Mais la majeure partie est restée fidèle. Ah ! La fidélité (martelé) ! Jusqu'à la fin, jusqu'à maintenant : on reste toujours en contact... Mais ça, ce sont des fluides de la médecine de famille, c'est la conséquence directe... Parce qu'il y a la science médicale, mais il ne faut pas oublier l'homme. »

²⁸ Au contraire des médecins dont les contextes de travail sont devenus difficiles (changement des populations locales, ou arrivée de confrères concurrents occasionnant des cessations précoces non choisies) : voir les détails dans la 3^{ème} partie (B).

²⁹ La réalisation de gestes spécifiques (autres exemples : échographie, radiologie) est une des caractéristiques de la médecine générale, également soulignée par des études quantitatives. Sources : HAS, *op.cit.*

Les anciens médecins de famille, source de controverses³⁰

- Le « mandarin », « l'humaniste », « le grand prêtre » sont regrettés, « encensés », ou au contraire rejetés (y compris par les enquêtés qui ont vécu cette époque), à l'instar de la loi Debré (qui a éloigné les médecins généralistes de l'hôpital) : « la notion du patron a été beaucoup galvaudée depuis 1968 », « c'était nos maîtres, nos mentors », « heureusement qu'on a fait la révolution dans les facs de médecine. » « Dans le fond, je suis un peu content aussi d'avoir perdu cette puissance qu'on avait sur les gens. Je trouve que ce n'est pas plus mal, hein : on est un peu directeurs de conscience, on se prend (encore) un peu pour le Bon Dieu si vous voulez, et je trouve que ce n'est pas très sain... »

- Les généralistes étaient « respectés » « et surtout reconnus », mais certains abusaient de leur pouvoir.

« Le médecin que je remplaçais, il avait des pratiques particulières : il ne me parlait pas, je pouvais rien lui demander. Et sa femme faisait tout : elle me préparait la liste des visites. En plus des problèmes à trouver les petits patelins, je devais à chaque fois passer chez les commerçants car il pouvait y avoir des visites possibles chez d'autres patients, et je n'étais jamais payée directement : c'était la femme qui notait tout et qui faisait ensuite la tournée. »

« Dans les quartiers pauvres, en particulier à R., les mecs se vantaient de leurs taux de remplissage : il y a des courées, c'est un peu comme des corons (...). Et les gens vous racontaient comment les médecins passaient à toutes les portes une fois par mois pour aller retirer ce qui était à l'époque l'ordonnance (...) : ils passaient comme ça faire la relève des feuilles jaunes, pour arrondir leur fin de mois (...). C'est vraiment s'enrichir sur le dos des plus pauvres, ce qu'il y a de plus honteux (rire bref) – pour moi. Alors, c'est une anecdote, pas la pratique de tous - de certains. Mais cela dit, le médecin corbeau profiteur, c'était leur expérience de vie, donc le médecin c'était aussi ça. »

« Les gens des mines ne payaient pas leurs médecins - c'était des salariés -, bon, à qui on disait : 'plus vous demanderez d'ordonnances, moins vous serez rétribués, et plus vous aurez d'arrêts de travail et moins vous serez rétribués'. Moi je me souviens avoir fait un remplacement chez un médecin qui s'occupait des mineurs. Les gens arrivaient avec leurs carnets, et dans leurs carnets, il y avait toujours de l'argent qui était glissé dedans. Alors, le premier, je lui ai rendu. Il m'a dit : 'non non non'. Je lui dis : 'mais attendez, c'est pour quoi ça ?' – 'Non, non, mais c'est pour vous' – 'Attendez, on n'offre pas à un médecin de l'argent, c'est qu'il y a quelque chose, pourquoi vous le faites ? Vous le faites même quand ce n'est pas moi ?' – '... Heu'. Je lui dis : 'dites-le, de toute façon, je ne vais pas aller claironner ça' – 'Oui, ça on le fait, parce que si on le fait pas, il nous prendra pas la tension, il ne fera pas ci, il ne nous fera pas ça'. Voilà (...). J'étais outré. »

- « Les généralistes savaient plus de choses que nous », ils étaient des modèles de « courage » « totalement consacrés³¹ » à leurs patients... « En réalité, ils avaient des conditions de travail atroces », « quand on les appelait, c'est qu'on était déjà moribond », « ils étaient toujours sur les routes », « sacrifiés à leurs patients ».

« J'ai eu un chef de clinique en gynéco-obstétrique, il a dit : 'le jour où j'en saurai sur les accouchements autant que mon père qui était généraliste et qui faisait les accouchements, c'est pas demain la veille, hein'. Ah ! Ils étaient... Ils se battaient avec peu de moyens, mais c'était des gens vraiment, vraiment extraordinaires. » « C'est un mélange d'héroïsme et de folklore : on voit aussitôt l'image des femmes en passe d'accoucher qui étaient amenées en brouette, à la lanterne (...). Ils travaillaient sans moyens, donc ce sont des médecins qui avaient finalement une sorte de recul : qui disaient aux patients de ne pas s'en faire. »

« Pour faire les piqûres, il y avait, heu... des seringues en verre, des aiguilles - bien sûr métalliques -, et pour les stériliser, il y avait une casserole qu'on mettait sur le gaz, et on faisait stériliser les seringues et les machins ! Donc, en sortant de l'hôpital, c'est un peu dur ! Il n'y avait pas de matériel de stérilisation : j'étais obligée de passer chez le boucher pour faire stériliser le matériel ! » « Les vieux médecins n'avaient pas de vie privée, ni de possibilités d'organiser leur temps de travail : toujours en urgences, car les gens n'avaient pas ou peu de véhicules. »

- **La figure du médecin de famille** (qui soigne toutes les générations, qui participe à la vie des patients, qui développe avec eux des relations de confiance, personnelles et amicales) n'a pas totalement disparue : elle **reste un modèle revendiqué, ou finalement endossé par des enquêtés** (quel que soit leur âge)³².

« Mon mari était vraiment un médecin de famille plus qu'un généraliste parce qu'il a soigné des familles entières, depuis justement les problèmes d'enfants, de pédiatrie, des problèmes de couples, des problèmes de gériatrie - les problèmes non seulement dans le couple, mais les problèmes monétaires (...). Il soignait vraiment tous les cas de la famille. » (conjointe de retraité) « Je reçois encore des petits cadeaux – il paraît que ça continue, hein. J'allais aux mariages, et j'allais voir mes patients à l'hôpital. » « La plupart sont devenus mes amis. » « Ma femme étant malade - elle a été malade -, je me suis donc retrouvé tout seul – ça date de 7-8 ans, hein -, il suffisait que j'aille dans un endroit, je (re)partais avec la soupe, chez un autre j'avais un morceau de gâteau. »

³⁰ Voir aussi l'encadré « la fin du médecin de famille » (3.2 A).

³¹ Modèle traditionnel de la « disponibilité permanente » à l'égard des patients (Lapeyre et al, 2005).

³² A noter dans l'étude l'absence de lien entre les façons de se considérer (« médecins de famille », « de première ligne », « de campagne », etc.), et les cessations d'activité.

« La notion de médecin de famille, c'était une notion qu'au début je récusais - parce que je sortais de l'hôpital : l'image du médecin, c'était plutôt le technicien, tout en ayant une oreille humaniste, etc. La notion du médecin de famille, je l'ai progressivement intégrée (parce que) les relations dans la durée ont une richesse (...). Tout à fait à la fin - les enfants sont merveilleux pour ça parce qu'ils ont des phrases qui résument tout -, un gamin que je connaissais depuis la naissance, son frère aîné aussi, un couple jeune ; et quand le gamin me tend son dessin en me disant : 'tiens mamé', le père le reprend en disant : 'non, Docteur'. - 'Tiens mamé docteur.' (rires) C'est avoir une représentation dans la famille, signifiante et réelle quelque part (...). J'ai eu des jolies phrases à la fin de mon activité de certaines personnes - alors j'ai eu la phrase : 'c'est dommage qu'on ne puisse pas vous cloner' (rires). Alors celle-là je ne m'y attendais pas du tout ! Elle est rigolote. Celle-là, je la trouvais tout à fait bien. Car c'était le cas de famille où j'avais suivi 4 générations : sa belle-mère, elle et son mari, sa fille, et un petit peu son petit-fils - là, donc sur 30 ans. Et elle me dit : 'on a quand même partagé une belle tranche de vie'. Et ça allait tout à fait dans le sens que j'ai ressenti, ça résume bien. » (retraités)

« Moi, c'était vraiment de la médecine de famille, c'est-à-dire des gens qui venaient là depuis au moins une ou deux générations, donc on était au courant de tout : les secrets de famille, les machins dans les placards et tout (...). C'est une espèce de repère (dans les familles) : les gens m'appelaient pour des trucs, même pas trop médicaux. » « J'allais aux enterrements des familles, je les suivais de près pour des problèmes économiques aussi. » (actifs reconvertis)

- De plus, **cette figure traditionnelle continue à être incarnée par les médecins paternalistes, « notables » (formant l'un des groupes qu'a permis de constituer cette étude), qui ont prolongé leur exercice tardivement³³ et qui n'ont pas connu de difficultés avec leurs patients.**

« Il (le médecin) est toujours considéré comme un notable (bis) : il ne faut pas se faire d'illusions. » « Mes copains à moi, qui étaient tous généralement en ville, étaient contents de prendre leur retraite de bonne heure (...). Mais les conditions, je vous le répète, étaient très différentes. J'avais gardé encore une motivation qu'eux n'avaient plus (...). Eux se plaignaient beaucoup des relations, de la qualité de la médecine, des relations avec les clientèles : ils étaient contents de laisser leur clientèle qui était moins personnelle, moins fidèle. » (retraités tardifs)

L'évolution des tâches, la perte de pouvoir du généraliste sont donc loin d'être généralisés sur le territoire, d'autant plus que **les effets paradoxaux de la médicalisation de la société participent à rendre l'exercice de la médecine générale (et plus précisément les relations avec les usagers) encore particulièrement difficile pour d'autres praticiens, quant à eux conduits à cesser précocement leur exercice.**

Ainsi, une partie des enquêtés se sont retrouvés contre toute attente dans des situations quasi identiques à celles de leurs aînés ayant débuté dans le métier avant les grandes révolutions de la médecine et l'arrivée des urgences. Ils ont été **contraints à accepter des prises en charge complexes** (et pas ou peu enseignées) : « Les médecins actuels ont des pressions comme aucune génération n'en a eues. » (pressions des patients, de l'État, mais aussi, pour certains enquêtés, pressions des laboratoires pharmaceutiques). « Les choses ont beaucoup changé, on doit pouvoir se laisser plus tôt qu'avant. » (des « exigences » des patients)

Ces changements font suite à :

- L'augmentation de l'espérance de vie des populations ;

Certains enquêtés, au chevet de populations très âgées, atteintes de multiples pathologies, handicapées, ont vu par exemple le nombre de leurs visites longues augmenter de nouveau.

- L'augmentation des besoins et attentes exprimés par le corps social³⁴.

³³ Voir la 3^{ème} partie (A), comprenant en majorité des retraités tardifs et un actif.

³⁴ Déjà signalé par Vega, 2005 : désormais, les usagers font valoir leur vie sociale.

« Le problème nouveau est celui du nomadisme médical : on ne respecte plus le médecin ni comme homme de sciences, ni comme un homme de pouvoir et de devoirs. C'est le médecin qui doit se soumettre aux exigences des patients. » « Il y a 40 ans, les gens étaient civilisés : le dimanche, ils n'appelaient pas. C'est comme quand j'ai fait des remplacements à la campagne : il fallait être à moitié mort pour appeler le médecin. » « Un de mes copains disait qu'en ville, le médecin était devenu un technicien de la médecine. » « Ici, les gens viennent vraiment quand ils en ont besoin, c'est plus possible ! » « 10 ans avant, quelqu'un qui serait venu à 13h15, il n'aurait pas du tout procédé de la même façon ! (...) Le coup de venir à n'importe quelle heure (...) : à leur service, on était vraiment à leur service ! Pas pour des raisons médicales (...). » « Ils sont pressés, ils ne supportent plus d'attendre. » « Ce qui a changé, c'est que maintenant ils menacent pour un oui ou pour un non ! » « Ils sont foutus de vous attaquer quelque part ! »

Les procès : reflets de malaises

Les « risques de menaces de procès » - qui viennent s'ajouter aux nouveaux contrôles du travail - sont mal acceptés par la plupart des enquêtés. Cependant, ils ne sont pas des motifs de cessation d'activité. En effet,³⁵ :

- Les étudiants, mal préparés au sortir des études médicales, sont surpris de découvrir leur existence, mais le nombre des abus de patients est en réalité réduit.

« Il faut savoir qu'à l'hôpital et en tant qu'interne des hôpitaux, on pratique plutôt une médecine dite purement médicale : on ne s'occupe pas de tout ce qui est paperasse – administratif. Et bien sûr, loin de nos têtes la façon de pratiquer qui consiste à se protéger constamment - c'est ce qu'on appelle le médico-légal -, puisqu'on est protégés entre guillemets par nos cadres, par nos chefs, et qu'on ne se limite qu'à l'essentiel en médecine : c'est soigner les patients (...). Maintenant, il faut prendre en compte les familles, ce que pense l'entourage, ce que va dire le juge s'il se passe telle ou telle chose, etc. Voilà... » (actif, 43 ans)

Ainsi, parmi la majorité des procès rapportés dans cette étude, tous sont liés finalement à des abus involontaires de médecins (suite au manque d'habitude de partager les informations quant aux risques, aux diagnostics, avec les proches des patients), le plus souvent en fin de vie³⁶.

À ceci s'ajoutent des problèmes de connaissance du droit : « Certains patients ont été vraiment gentils avec des médecins, avec certains qui se croient au-dessus des lois - alors je ne parle pas des lois de la République -, ne seraient-ce que des lois morales. (...) Ce n'est pas parce qu'on est médecin qu'on est au-dessus des autres. »

- Dans la réalité, le nombre de procès et de sanctions judiciaires est faible.

Seule une enquêtée – suite à l'abus d'une patiente – a été convoquée au tribunal. De plus, elle a surtout souligné les problèmes d'organisation (l'obligation de fermer son cabinet, de s'organiser avec les patients et les enfants) et le manque à gagner occasionnés. Finalement, le seul cas traumatisant a été lié à des abus de la justice (conséquences de « l'emportement de la machine judiciaire »). Autrement dit, la nouveauté, « c'est plutôt de devoir désormais aller systématiquement au tribunal » et de « se défendre » en cas de procès : « objectivement, on a plus peur des risques d'avoir son nom entaché. »³⁷

- Enfin, les peurs et les ressentis négatifs vont de pair avec des sentiments de perte de pouvoir médical, d'où des variations selon la façon dont chaque médecin envisage(a)it son rôle.

« Avec les médias, on a encouragé le tout venant à nous pomper l'air. » « Les gens n'hésitent plus à se plaindre quand il y a des résultats catastrophiques (...). La société, avec les moyens qu'on a d'information devient plus exigeante sur le résultat, ce qui n'est parfois pas injustifié. » « En réalité, ils (nos patients) se permettaient simplement d'exprimer des opinions – alors que peut-être il y a 25 ans, ils ne se seraient pas autorisés. » « C'est plutôt bien : les patients et les familles sont globalement plus informés, ils participent, ils veulent qu'on leur explique. » « Je me suis rendu compte qu'il y avait aussi pas mal de copains qui me disaient : 'on en a marre, on en a marre' (...). Oui, un petit peu l'ingratitude aussi, la peur bon, la peur du procès - même en médecine générale, hein. Bon... de ne pas être compris par les familles parfois... Parfois, c'est une déception d'avoir fait pour une famille, puis finalement du jour au lendemain, les gens vous tournent la tête, ils vous disent plus bonjour, et on ne sait pas pourquoi. Ça, c'est un peu, c'est quelque chose qui vous déçoit. Je pense que de temps en temps, on prend quand même des gifles, ça c'est sûr, hein. Mais (ton remontant) on n'a pas fait ça, on n'a pas fait médecine pour être remercié tous les jours. »

³⁵ Vega, *op.cit.*, et en concordance avec les résultats d'études présentées depuis dans la revue *Sciences sociales et santé*, 2006.

³⁶ D'où des constats assez similaires en gériatrie : difficultés de la plupart des médecins à soigner aussi avec des familles, souvent considérées comme plus « exigeantes » (Vega, *op.cit.*).

³⁷ À l'instar d'une femme généraliste qui a fait de la prison et dont le cas a fait grand bruit dans la presse médicale : « Et on n'est pas à l'abri de ça, et c'est ce qui en fait, fait le plus peur, c'est ce genre de cauchemars : (...) si vous tombez sur une procédure qui tourne, qui part mal (...), vous êtes montré du doigt, parfois même votre nom est cité, ce qui fait qu'il paraît dans les journaux ».

L'idée générale de patients qui abusent de menaces, « plus procéduriers », « exigeants », « irrespectueux », est donc à nuancer : certains problèmes sont réels³⁸, mais ne concernent toujours qu'une minorité d'usagers. D'ailleurs, les accusations les plus véhémentes à leur égard émanent surtout de certains médecins enquêtés ayant cumulé les difficultés professionnelles et privées (voir encadré « chez les femmes en particulier », 3.3 A), ou qui ne sont parvenus à « discuter, remettre les points sur les I, ça permet de lever les incompréhensions », « il faut savoir calmer aussi un peu les gens », « s'il y a des problèmes, on négocie, on explique, on réexplique » (retraités tardifs).

Autrement dit, les discours négatifs sur les (abus de) patients sont plutôt un indice de *burn out* (comme l'attestent les qualificatifs employés sur leur travail³⁹), déjà souligné par Davezies (*op.cit.*, p. 88) : les discours convenus sur les exigences des patients en général ont « une fonction défensive », et reflètent notamment des problèmes de formation et de positionnement.

- Les difficultés rencontrées par certains enquêtés sont également liées aux conséquences de l'absence de structures de santé adaptées ou de difficultés à y accéder – ce qui laisse de côté une partie des populations (manque de psychiatres, refus de prise en charge de patients « lourds » dans les hôpitaux : personnes âgées souffrants de multiples pathologies, mais aussi patients souffrants de problèmes psychiatriques ou sociaux) –, ou d'une offre de soins pléthorique (recours direct aux urgences sans passer chez le médecin généraliste, multiplication des demandes de prise en charge⁴⁰).

Des enquêtés ont alors dû malgré eux gérer seuls des problèmes spécialisés, ou ils ont vu revenir à eux des patients faute de place chez les spécialistes (« *Je ne pouvais pas trop refuser les patients parce que de toute façon, il n'y avait personne d'autre.* »).

D'autres ont été confrontés à des recours médicaux plus précoces. Mais la plupart ont été conduits à assumer en partie les difficultés croissantes d'une partie des usagers, suite notamment à l'effacement de repères collectifs (soutiens familiaux traditionnels, identité au travail).

« Maintenant tout doit se régler par le médecin (...). On doit éponger les larmes de la société (...). Le médecin généraliste est là pour éponger les angoisses non comprises des familles (...). Au bout d'un moment on est fatigués par tout ce que disent les gens, de prendre en charge beaucoup de choses - même avec beaucoup d'humanisme (...). Tout nous retombe sur le dos parce que les gens n'ont plus d'interlocuteurs - et même dans leurs familles. » « Ils s'imaginent qu'ils vont trouver une solution chez le médecin - comme il n'y a plus de curés, que le rêve américain n'a pas fait long feu, qu'est-ce qui reste ? Le docteur, sauvez-nous ! » (médecins reconvertis)

Perte de « bon sens », multiplication « des peurs » ou « des abus » des patients ou de leurs proches : ce dont les enquêtés témoignent de diverses manières rejoint les conclusions d'études en sciences humaines. La formation – voire le soutien - des médecins généralistes en prise directe avec les dimensions psychologiques et sociales des soins « semble indispensable face à des souffrances, et en particulier aux effets de la précarisation du travail, qui touchent désormais non seulement les classes moyennes, mais des cadres : même dans des petites villes d'apparence prospère, des médecins sont en fait dépassés par l'ampleur des problèmes de patients. »⁴¹

³⁸ Par exemple, dans les maisons de retraite, auprès d'usagers très aisés (« *Il me traitait comme un larbin* »), ou très défavorisés (voir à ce sujet les ressentis également très contrastés sur les patients « CMU », encadré 2.3.).

³⁹ Déjà soulignés dans d'autres enquêtes sur la médecine générale : « *chiant* », « *indignité* », « *accepter de n'être qu'une merde* », « *emmerdements* », « *faire de la merde* », etc. (Vega, 2002-2003), et sur les urgentistes (Vega, 2005).

⁴⁰ Toute une partie de la population – notamment défavorisée ou d'origine immigrée – a totalement remis sa santé aux mains de la médecine, et parfois même désappris à se prendre en charge de façon autonome (Vega, *op.cit.*). Leurs recours ne sont cependant pas aussi fréquents que ceux des classes moyennes et supérieures et leur consommation de soins reste nettement moins importante que celle de patients âgés et très aisés, « gros consommateurs » de médecine. (Peneff, 2005)

⁴¹ C. Haxaire, entretien non enregistré, dont l'étude souligne à la fois l'augmentation des demandes de prise en charge de problèmes psychosociaux, et le fait que « les médecins généralistes apparaissent comme panseurs de la classe sociale (...). Ils n'ont pas été formés à analyser la composante sociale de ces demandes, qu'ils psychiatrisent à défaut (...), ni à mobiliser le réseau des travailleurs sociaux. » (*op.cit.*, p. 279 et 266)

Les nouveaux antagonismes entre les médecins généralistes et les urgentistes : la gestion du social

L'arrivée des urgences est souvent synonyme en médecine générale de « confort » dans le travail (car elle a pu aussi entraîner une baisse d'activité pour les médecins qui faisaient beaucoup de visites). Cependant elle crée de nouveaux problèmes de partage de certains patients, comme en témoignent les discours leitmotifs et négatifs d'enquêtés sur les « grands urgentistes », « qui se gardent le plus intéressant », laissant aux généralistes des « cas limites », « litigieux », « inintéressants ».

« Ils ont fait des lobbies pas possibles pour dire : l'urgentisme (les urgentistes sont des médecins généralistes), c'est une spécialité. Mais seulement, les urgentistes, ils sont là pour les urgences nobles. Je veux dire celles où on les voit avec la télé, où ils sauvent des vies (...). Mais pour ce qui est de l'urgence ressentie, ça c'est une urgence de merde, c'est bon pour le généraliste si vous voulez. Nous, on est là pour faire marcher les urgences, non pas pour rendre service aux populations, mais pour gérer ce que veut pas faire le grand urgentiste hospitalier, du SAMU qui dit : 'moi, je me déplace que si' ». Ces sentiments de colère et d'injustice ont été aggravés par les mises en accusation de familles et de médecins généralistes lors de la canicule de 2003, en particulier par P. Pelloux (urgentiste très médiatisé depuis).

Les études montrent que :

- de part et d'autre, les plaintes sont identiques⁴² : la fin des « vraies » urgences – au sens médical strict –, est motif de plaintes chez les urgentistes, amenés également à prendre de plus en plus en charge des patients « de médecine générale », notamment des personnes âgées ou des patients en crise ou en situation de détresse psychosociale (et moins de pathologies aiguës et graves au sens médical strict).

- les discours négatifs de généralistes vont de pair avec des ressentiments à l'égard d'autres spécialistes (d'où d'ailleurs des revendications de revalorisation des actes par rapport à ces derniers). Les spécialistes font venir à eux les patients, qu'ils font payer cher, tandis que les « petits médecins » doivent se déplacer à domicile lors des visites ou des gardes de nuit, et y travailler dans de mauvaises conditions⁴³.

« Le grand rhumatologue, du haut de sa grandeur, il considérait qu'effectivement, elle (une patiente grabataire) était bloquée, il notait qu'elle refusait toujours l'opération, et il prenait ses 80 euros, et puis voilà, elle rentrait chez elle avec l'ambulance. Et là, personne ne se pose la question. Par contre, le petit grouillot avec sa petite sacoche comme ça qui devait se taper la prise en charge au quotidien de cette patiente-là – moi cette patiente, c'est moi un jour qui lui ai fermé les yeux, un jour à 1 h du matin, sous la morphine (...), et là effectivement, le rhumatologue, il n'était pas là ce jour-là. »

Ces discours sont en effet le reflet de relations globalement inégales avec les spécialistes et l'hôpital, aggravant le sentiment de perte de prestige (motif de cessation indirect chez des enquêtés travaillant déjà dans des contextes d'exercice peu favorables).

- les difficultés à collaborer avec leurs confrères (un des principaux motifs de cessation d'exercice) sont très variables, notamment selon les lieux d'exercice.

« Comme on l'a appelé tout le temps, et pour rien (le SAMU), rapidement qu'est-ce qu'ils ont fait ? Ils ne se sont plus déplacés en campagne : donc, ils ont d'abord contacté les médecins pour les envoyer voir et les appeler après si nécessaire (...). C'est comme les pompiers à qui on jette des pierres, où la police sur qui on tire : on aboutit à des quartiers où il n'y a plus de policiers, il n'y a plus de pompiers, et il n'y a même plus de médecins, car les médecins aussi se faisaient agresser – il faut être courageux pour être médecin dans certaines régions hein, franchement ce sont des utopistes ceux-là, des rêveurs, sinon la majorité raisonnable s'en va... »

- Enfin, des enquêtés témoignent des conséquences de l'arrivée de nouvelles pathologies, telles que le SIDA, c'est-à-dire de la réémergence de difficultés de prise en charge.

« L'exemple du SIDA est assez illustratif : moi, j'ai été immergée dans la formation initiale dans la tuberculose. Dans les années soixante, j'ai commencé mes stages à l'hôtel Dieu (...). Les grandes salles, avec aucune séparation (rires), 35 lits et tout cela ça crachait. Et donc j'ai été immergée dans le cadre contextuel qui avait été celui de mes parents ! Avec la tuberculose comme maladie infectieuse, contagieuse, avec tout ce que ça signifiait – en sachant que dans les années soixante, il y avait déjà un certain nombre de médicaments actifs, mais on était quand même avec des états graves, des difficultés de soins, et dans un cadre qui était immuable (...). Puis, petit à petit, la réduction du nombre de tuberculoses, et donc la pratique de vaccinations, les conditions d'hygiène, etc. faisant une régression complète du nombre ; et par contre l'exemple du SIDA qui apparaît : une nouvelle pathologie infectieuse, transmissible interhumaine, impliquant des démarches novatrices de prise en charge, de compréhension de soins – (mais c'était) des démarches de type analogue en l'absence de vaccins. Et donc : 'faut-il les confiner ?'. Et donc, on tombe dans les mêmes schémas à mon avis de ce qu'a été l'isolement des tuberculeux : c'est pour cela qu'on parlait ensuite des Sidatorium. Donc ça, c'est l'irruption de

⁴² En effet, urgentistes et généralistes partagent de nombreuses difficultés, en particulier d'être soumis aux pressions de patients hétérogènes (à des problèmes nécessitant de la polyvalence), dont des personnes en détresse psychologique et sociale, « inclassables » dans un champ médical monospécialisé (Danet, 2007. Vega, *op.cit*).

⁴³ A noter : ces discours sont également identiques chez des infirmières ou des kinésithérapeutes libéraux, cette fois à l'encontre des médecins – y compris des généralistes. En effet, il existe dans les soins des « gradients sociaux » : des recouvrements entre les niveaux des diplômés et des revenus des patients et des soignants (infirmières < kinésithérapeutes < généralistes < spécialistes (Sources : HAS, *op.cit*).

nouvelles pathologies, avec des schémas conceptuels qui réagitaient des phénomènes analogiques à ceux qu'on avait pu connaître. »

« Et on pourrait parler des problèmes de l'euthanasie aussi, suite à l'augmentation de l'âge des personnes âgées. »⁴⁴

Résumé

En médecine générale, les praticiens se distinguent nettement selon leurs contextes d'exercice : les lieux d'installation et l'évolution des besoins des types de clientèles soignées. Il existe de réelles inégalités d'exercice, d'où une hiérarchie différenciée, voire des motifs différents de cessation d'activité, sur lesquels nous reviendrons plus en détail dans la troisième partie. Cependant, tous âges confondus, des récurrences sont frappantes : les motivations initiales ayant conduit ces médecins à opter pour la médecine générale sont toujours peu claires, et surtout les formations initiales sont inadaptées à l'évolution des besoins des populations, ce qui engendre des chocs au sortir des études. Ceux-ci peuvent persister pendant l'exercice et participer indirectement à des départs précoces (sentiment d'impuissance, mais aussi incompréhensions, rejets, voire stigmatisation de certains patients par des enquêtés).

2.2. Les principaux motifs de cessation d'activité

D'autres récurrences dans les témoignages sont frappantes, voire paradoxales : dès l'installation, et parfois jusqu'à la cessation d'activité, la majorité des enquêtés ont eu des rythmes de travail soutenus, et cela contrairement à leurs aspirations initiales. Pourquoi les médecins travaillent-ils toujours autant ? Quelles possibilités ont-ils de s'adapter aux différents contextes d'exercice ? Quelles stratégies ont été mises en œuvre pour pallier les principaux risques du métier ? Existe-t-il des interruptions transitoires ou progressives d'activité, des modes d'organisation de travail privilégiés ?

A. Les risques de burn out (syndrome d'épuisement professionnel⁴⁵)

En plus de difficultés propres au travail en secteur libéral (relations avec la clientèle par exemple⁴⁶), l'étude confirme d'abord **l'importance des ruptures familiales, mais aussi des ruptures de santé (maladie ou accident brutal, dépression) et de la fatigue, de l'usure professionnelle** chez les enquêtés.

En effet, l'exercice de la médecine générale reste difficile, mais il est paradoxalement peu reconnu. La médecine générale est toujours la spécialité réputée la plus difficile chez les étudiants actuels. Mais, « tout est fait pour que la médecine générale soit de plus en plus dévalorisée » (Hardy-Dubernet, *op.cit*, p. 64).

⁴⁴ Très rarement évoqués : les suivis de décès sont l'un des enjeux majeurs à venir dans la société, mais encore un sujet tabou.

⁴⁵ Définitions et bibliographie conséquente : Davezies, *op.cit*, dont l'étude très documentée recoupe la plupart des analyses présentées dans cette étude.

⁴⁶ « Le problème en libéral : plus on gagne, et plus on doit gagner tellement les charges sont lourdes, et à la retraite, si on n'a pas investi dans des loyers (immobiliers), c'est une vie qui change. » (d'autres problèmes de gestion d'ordre économique - étudiés surtout par la 2^{ème} équipe de chercheurs -, seront signalés dans les notes).

Les exigences du métier, une autre constante

Comme caractéristiques de leur activité, tous les enquêtés ont évoqué au moins :

- La disponibilité, voire la contrainte : il faut accueillir le « tout venant », « être en première ligne », « être sur le qui-vive longtemps et souvent », « sauter en permanence d'un truc à un autre ». « On doit prendre sur soi, même quand cela va mal personnellement, faire face. » « Une vie de médecin, c'est une vie familiale un peu bringuebalée, donc les problèmes familiaux et personnels apparaissent très vite : ils ne voient pas leurs enfants, les femmes en ont ras le bol. » (fatigue et problèmes de répartition du temps entre vie professionnelle et vie privée)

- Les responsabilités : en raison du « vaste champ à couvrir », il faut « décider en permanence, choisir, ne pas rater son coup », assumer des risques d'erreur qui peuvent persister durant toute la période d'exercice (difficulté de faire un bon diagnostic, peur « de passer à côté de quelque chose de grave » et en conséquence « de perdre un patient ») ; il faut mettre à jour « sans cesse ses connaissances », « le problème, en médecine générale, c'est de trouver le temps pour se former tout le temps »⁴⁷ (stress et charge de travail).

- Il faut savoir quand déléguer, quand adresser aux spécialistes : « quand on ne peut pas tout faire, il faut avoir de bons copains qui savent faire : de bons correspondants quoi (...), sympas, disponibles. » « (Au début), sur le plan médical, on se sent quand même un peu jeune, imma... - enfin, pas assez chevronné si vous voulez. Donc, peut-être qu'à ce moment-là, j'avais plus recours aux spécialistes que maintenant, parce que je me couvrais plus facilement quand j'avais des doutes sur un patient. » (gestion des relations avec les autres médecins)

Il faut donc avoir conscience des limites de ses compétences, faire part de son impuissance à des supérieurs hiérarchiques (Hardy-Dubernet, *op.cit*), tout en étant conscient qu'ils sont parfois aussi sans ressources : « il faut vous adresser aux spécialistes, mais parfois le spécialiste, il est quelquefois dans la même situation ».

Quels sont plus précisément les facteurs prédisposant au burn out ?

• **Trop travailler, aux dépens de sa vie privée ou de son équilibre personnel**

Des médecins enquêtés ont trop travaillé (surinvestissement professionnel), malgré eux, suite :

- à la reproduction d'habitudes de dépassement de soi, d'hyperactivité acquise ou renforcée dans les services hospitaliers en tant qu'externes ;

« C'est vrai qu'on est sélectionnés à la résistance entre guillemets. » « On a de la résistance : ceux qui ne tiennent pas ne font pas médecine. » « Je pense que moi j'ai été prise aussi dans un engrenage de maison médicale où les chers collègues que j'avais étaient des gens qui étaient comme ça, un peu boulimiques, oui (petit rire).⁴⁸ »

- à l'incapacité à trier sa clientèle, « à dire non » :

« J'ai pris tout ce qui venait, sans avoir la force de filtrer un peu les gens. » « Son altruisme a fait qu'il a beaucoup donné, beaucoup pris sur sa santé, et qu'il s'est trouvé très vite fatigué, un peu dépassé, ne sachant pas dire non. Et... jamais un jour de repos, on partait pratiquement jamais en vacances, c'était 'médecin médecin'. » (conjointe)

- au fait de se retrouver « pris », de « trop s'attacher » à des patients et de vouloir « tout assumer en solo » ou d'avoir l'habitude « de ne rien demander », malgré l'augmentation du nombre de patients (de ne pas se faire aider) ;

« C'est compliqué. Avec le temps, les demandes sont de moins en moins anonymes, on connaît tout des gens : non seulement c'est difficile de refuser, mais on finit par faire partie de la famille, par s'investir - comment dire ? Affectivement – surtout quand on a déjà des tendances au don de soi-même. » « Je crois qu'en fait c'est quelque chose qui est dévorant, c'est peut-être aussi pour ça que je me suis arrêtée (...). Au fur et à mesure que

⁴⁷ Comme le soulignent aussi les enquêtés de Davezies, *op.cit*, p. 46 (activité de lecture tardive, participation à des formations en plus du travail quotidien, mais aussi difficulté à gérer les informations multiples). L'enquête de Haxaire souligne également les difficultés à travailler dans l'incertitude, sources de souffrance (*op.cit*, p. 10).

⁴⁸ Le travail en groupe n'est d'ailleurs pas forcément synonyme de moindre temps de travail. Sources : HAS, *op.cit*.

tu établis une relation - parce qu'il y a une répétition de consultations - (...), pour établir ton diagnostic tu vas forcément chercher un petit peu à mieux les connaître, et après tu te fais piéger, j'en suis persuadée.⁴⁹ » « (En cabinet) il y a un côté excitant, c'est-à-dire (...) de se sentir apprécié par les gens, et puis, si on ne s'écoute pas trop, on pourrait même se sentir indispensable, donc y'a, oui, y'a vraiment un truc vachement excitant de se dire : 'les gens viennent, c'est donc que je travaille bien'... » « Il a eu beaucoup beaucoup beaucoup de monde (...), ce qui l'a amené à être submergé très très vite, parce qu'il n'a pas voulu se faire aider, parce qu'il est très traditionaliste dans sa formation et dans ses pensées, et dans sa façon d'agir. » (conjointe)

- à des effets « drogues ».

« Il y a aussi le côté gratifiant, vous avez la reconnaissance, donc c'est difficile de lever le pied. » « S'il y a un problème, vous courez comme un fou pour aller voir un cas difficile (...). Je reconnais que je crois que c'est ce qui m'a fait vivre : la médecine, c'est le stress permanent, vous êtes agressé – enfin agressé dans le bon sens -, par quelqu'un qui souffre (...). Je reconnais que le stress positif, c'était un peu ma vie, mais je reconnais que j'étais crevé, hein : j'étais shooté au stress, au bon stress. » « Avoir une vraie ou une petite urgence, eh bien ça vous excite quand même : même si ça va prendre votre temps, si ça va perturber votre emploi du temps, vous avez l'impression de faire quelque chose de bien. »

Ces processus sont particulièrement prononcés chez les hommes, qui non seulement déclarent travailler plus, mais ont tendance à tirer toute leur identité sociale du travail, d'où des cas rapportés de prolongement d'activité « jusqu'au décès : c'était un L. pure souche (originaire de la ville). Il était en plus de cela un ancien député, il avait été maire, etc. Alors, je crois qu'il se serait ennuyé (s'il avait arrêté de travailler). » « L'engagement peut aller très loin, surtout chez les hommes. »

« On ne se donne pas le droit d'être malade »

Les médecins touchés par le *burn out* admettent rétrospectivement leur manque de recul sur leur surengagement. La plupart ne se sont pas soignés à temps, d'autant qu'il existe chez les médecins, comme dans toutes les professions de santé, une peur de la maladie (engendrant un recours tardif aux soins) et une tendance à sous-estimer chez les soignants eux-mêmes la fatigue de leurs confrères.

« On est malade comme les autres, mais c'est quelque chose que je n'ai pas envisagé, ce n'était pas envisageable. » « Il faut être battants, on ne se donne pas le droit : on est des surhommes ou des surfemmes. On met de côté tout : on ne doit pas être malades, pas de mauvaise humeur, pas fatigués (rires). »

« (Quand je suis allé consulter), on m'a dit : 'un médecin, c'est toujours fatigué'. »

« Ils (les médecins) se négligent beaucoup (bis). Moi j'ai un ami qui est mort d'un cancer de la prostate avec des métastases, et il a eu mal au dos pendant deux ans. Pendant deux ans, il avait mal au dos et il bouffait un peu d'Aspirine, un peu de machins, et de trucs. Et il avait mal au dos, il n'a jamais fait de radio, il n'a jamais fait un dosage de PSA, il n'a jamais fait de recherches de quoi que ce soit. Il n'a jamais consulté personne jusqu'au jour où vraiment il pouvait plus quoi, et là c'était trop tard quoi... C'était... c'était un type qui était anesthésiste, à A. (...). Il y a quand même beaucoup de médecins qui ne sont pas en très bonne santé... »

D'autres événements ou faits (plus rarement observés dans cette étude, mais importants) conduisent au *burn out* :

- l'arrivée de confrères concurrents ou l'exercice d'une médecine lente en secteur 1, entraînant des revenus plus faibles et une durée du travail plus importante (par exemple, certains enquêtés ont été amenés à prendre en charge l'accueil téléphonique et l'administration) ;

- le départ d'un confrère non remplacé (en retraite ou en reconversion suite à une situation de *burn out*) augmentant le nombre de patients à charge et des gardes ;

« Il va partir à 62 ans, tant pis, la retraite sera un peu moins élevée (...). Parce que l'autre médecin qui est parti comme médecin du travail n'a pas été remplacé non plus. Ça fait que depuis 8 ans, ils sont à 4 au lieu de 6, hein. Donc, leur charge de travail a augmenté et ils sont crevés. » « J'ai travaillé 25 ans avec lui (...). Et donc, lui il a pris sa retraite pour *burn out* - donc (rires) avant la date prévue, hein. Il a fait une dépression sévère. Donc moi,

⁴⁹ Plus la relation se noue, et plus cette enquêtée s'investit et risque de se faire « déborder ». Devenue médecin conseil, elle tend d'ailleurs à reproduire ce « cercle vicieux », qu'elle lie à son « tempérament » (comme d'autres enquêtés).

je n'ai pas eu envie du tout de me réinstaller avec quelqu'un, et puis j'étais moi-même en fait près du burn out (rires). »

- l'exercice dans des lieux dépourvus de structures médicales ;

« Petit à petit, on a été victimes de cette organisation (accueil du tout venant), et ont afflué tous les accidents du travail, tous les... toute la bobologie des urgences parce qu'on est entre quatre hôpitaux (...). On est à 25 kilomètres de tous les hôpitaux. »

- la difficulté à trouver des remplaçants⁵⁰ ;

- le besoin de travailler plus pour gagner plus (notamment pour sa famille).

« J'ai travaillé comme un fou. - Pourquoi ? - Je considère que tous les deux on n'a pas été aidés au départ, et j'ai voulu que mes enfants aient quelque chose. »

« Dans la profession, on a de l'argent que si on travaille beaucoup. C'est ce qui motive certains. » « Nous, on a plutôt tendance à travailler plus pour gagner plus, tandis que les salariés ne sont pas obligés de se tuer au travail. »

À noter que la réalité est souvent plus complexe (cumul de facteurs) : *« Je ne faisais pas autant d'abattage que les mecs que je remplaçais parce que moi je sais pas voir quelqu'un en 10 minutes (...). Ils couvrent une grande surface (...) : c'est à peu près les mêmes médecins qui interviennent sur les deux maisons de retraite (...). Et quelque part, ils sont joignables de jour et de nuit quoi, et ça... - il y en a un qui est en train de divorcer, il y en a un autre qui m'aurait bien refilé son cabinet : il n'en peut plus, et il y a un phénomène d'usure. »*

Autrement dit, dans cette étude, **les dimensions économiques semblent relativement secondaires ou indirectes dans les risques de burn out**. Elles touchent d'ailleurs plus particulièrement des médecins aux profils particuliers – et pas spécifiquement « les hyperactifs » ou les médecins particulièrement intéressés « à faire du chiffre » (l'incidence des motivations initiales dans les motifs de cessation d'activité est indirecte : ce sont plutôt des orientations dans le travail qui ont un rôle direct : voir 3^{ème} partie).

- Les témoignages de médecins qui ne se sont pas épuisés professionnellement montrent qu'ils ont su développer **des stratégies pour améliorer leurs conditions de travail**.
- Ainsi, des retraités et des actifs travaillent énormément ou ont beaucoup travaillé⁵¹. Cependant, ils ont également **modulé leur activité**, à l'inverse de médecins reconvertis, dont certains se sont littéralement « sacrifiés » malgré eux. Bien que plus jeunes, et malgré leur volonté de se distinguer de la figure de l'ancien médecin « totalement dévoué à ses patients » (ce qui implique l'absence de temps pour soi et pour les siens), ces médecins ont alors connu, comme certains de leurs aînés, des divorces ou des conflits familiaux, et des problèmes de santé.

⁵⁰ Les enquêtés ont souligné leur rareté, donc leurs exigences financières : *« Pratiquement maintenant, le médecin qui vient vous remplacer, il encaisse toute la recette, et puis voilà quoi : c'est-à-dire que donc ce n'est absolument pas rentable. »* Des médecins ont pour cette raison cessé de se faire remplacer, ce qui a parfois aggravé leur fatigue.

⁵¹ En particulier les RT qui ont eu du mal à cesser de travailler sauf contraints et forcés (voir 3^{ème} partie).

Trop travailler : des phénomènes de reproduction à chaque génération ?

Les médecins généralistes travaillent en moyenne 50 à 60 heures par semaine, et réalisent 20 à 30 actes par jour, sans compter les gardes, les déplacements, et le travail le week-end. Selon les études quantitatives, le nombre d'heures travaillées par semaine ne diffère pas suivant la classe d'âge (hormis celle des médecins généralistes de 60 ans et plus). Plus de 60 % des médecins généralistes souhaitent réduire leur temps de travail. Sources : HAS, comité de réflexion, d'après l'étude de B. Ventalou et B. Saliba, sur un panel représentatif de 600 médecins généralistes (enquête par questionnaire 2002-2006, région PACA).

« *Moi, je n'étais pas pressé de m'installer : je trouvais que la médecine hospitalière, c'était très confortable. Et l'idée de travailler tout seul, il y a des angoisses à travailler tout seul (...). Mais on a tous cette idée-là au départ, hein, on se dit : 'moi, je vais travailler à heures régulières, à 19 heures ça sera fini, je ferme le cabinet à midi, je l'ouvre à 14 heures, je ne ferai pas de visites tel jour et tel jour', et puis... Ça, c'est l'idée qu'on se fait, moi j'avais cette idée-là aussi : je prendrai ma retraite à 60 ans, je travaillerai peu (rires). Et puis vous vous rendez-compte qu'en fonction de ce que vous voulez, ce n'est pas possible : si vous voulez travailler 3 heures par jour, très bien, mais vous aurez 5 patients par jour et puis, ce n'est pas rentable. Parce qu'il faut voir la rentabilité du cabinet, ça c'est sûr (...). - Et la difficulté à dire non ? Vous ne pouvez pas dire non (ton bas et répété).*

(...) On avait – quand on était jeunes -, les mêmes arguments que les jeunes médecins maintenant, en disant : la médecine salariée, c'est drôlement bien. Oh ! On a pensé cela pendant quelques semaines : de toute façon quand on était jeunes, on voulait tous être associés, être dans un hôpital – assurer un salaire constant. A la fac, on était un petit groupe de Bretons, disons une dizaine, il n'y en a pas a eu un seul à travailler à l'hôpital : si, y'a eu un prof de fac... (sourires) - Donc ça doit se reproduire de génération en génération ? Absolument : de retrouver les mêmes choses, les mêmes arguments, ça vous fait sourire parce que vous êtes passé par là. » (retraité tardif)

- Chez les plus jeunes médecins – au travers de l'analyse des pratiques des successeurs des enquêtés -, l'étude montre à la fois de nouveaux aménagements privilégiant les temps privés, mais également des tendances à concentrer les heures de travail⁵².

« *Les (anciens) médecins, ils savaient – bon, à un moment donné, quand ils n'en pouvaient plus, et bien ils partaient, voilà, hein ! Ils prenaient un peu plus de vacances, ils prenaient un peu plus de week-ends, et donc ils arrivaient un peu plus à décrocher. » « Ma fille, finalement, elle travaille encore plus que moi. »*

La persistance d'un niveau d'activité très important (voire le renforcement du niveau d'activité), confirmerait alors des évolutions déjà étudiées par Lucas-Gabrielli, 2004 : parmi les générations les plus jeunes, par comparaison à celles installées dans les années quatre-vingt, on observe des tendances à exercer la médecine générale de façon plus intensive, et un rythme de cessation de l'activité libérale en tant que généraliste un peu plus rapide en début de carrière.

⁵² Ce qui était déjà pratiqué par des médecins âgés : « *Mon associé avait une idée particulière du médecin généraliste (...): il était absent à peu près 7 mois sur 12.* » (médecin âgé de 68 ans associé à un confrère du même âge) « (Avant de me reconverter) j'en ai remplacé 2 aussi, qui avaient un niveau d'activité féroce (...), mais qui travaillaient comme des fous, et puis qui prenaient 15 semaines ou 12 semaines de vacances par an. » (médecin âgé de 55 ans)

Une imagerie d'Épinal à déconstruire

Entre les jeunes et les anciennes générations d'enquêtés, la thématique du sacrifice est particulièrement mise en scène.

- Chez les plus âgés les notions de « *devoir* », d'« *obligation* »⁵³ ou simplement les « *habitudes* » de travail sont opposées aux désirs des jeunes médecins de consacrer du temps à la vie de famille et aux loisirs. « *Les médecins ne sont plus des médecins à temps plein : nous, on était des médecins d'abord, et s'il restait du temps, on faisait autre chose (de médical). Eux, ils ont une activité, puis ils font de la médecine quand même pour se permettre de faire leurs activités.* » « *C'est une génération – les 30-35 ans – moins passionnée.* » « *On se heurte à une génération qui a envie de loisirs, la génération des loisirs, et pour eux, dans leurs têtes, ils considèrent que la médecine (générale) n'est pas suffisamment libérée pour pouvoir faire des loisirs.* » (médecins de plus de 55 ans)

Or, associés ou non, la majorité des retraités tardifs de cette enquête ont su par exemple s'aménager des temps de pause et de repos - y compris des temps de loisirs.

Autrement dit, les transformations du métier sont progressives et anciennes : « *Non seulement les médecins de 50-55 ans pensent à la retraite, mais en plus ils ont besoin durant leurs dernières années d'exercice d'avoir des plages tranquilles. S'il y a une urgence, ils disent : 'appelez le 15' ! Ils ne veulent plus être le doigt sur la couture du pantalon au moindre appel. Ils ne veulent plus être dérangés à n'importe quelle heure.* » (mélange de compréhension et d'incompréhension de cette enquêtée âgée de 71 ans)

- Les plus jeunes ont inversement tendance à souligner le don à l'excès des « vieux médecins » (source de divorces, voire de « *vieillesse précoce* »), en particulier lors des gardes et des visites à domicile. Or, la plupart des retraités tardifs de cette étude les avaient fortement diminuées (refus d'emblée des visites, tri des visites réellement utiles ou diminution progressive du nombre des visites en raison de leur âge). Certains avaient également organisé leurs consultations sur rendez-vous⁵⁴.

L'analyse montre que le nombre des visites, et le nombre des consultations avec ou sans rendez-vous n'ont rien à voir avec la façon dont les médecins se présentent (« *médecins de famille* » par exemple). Ils ne sont que partiellement corrélés avec l'âge et les types de clientèles soignées. Ils sont plutôt le reflet des (ré)ajustements entre (les évolutions de) l'activité de chaque médecin et (de) leur clientèle (en effet, ces organisations sont imposées tantôt par les médecins, tantôt par les patients, et plus ou moins acceptées de part et d'autre).

- Finalement, toutes générations confondues (et même parmi les médecins qui y sont pourtant opposés), les registres religieux du travail restent encore les plus utilisés pour évoquer le travail en médecine générale : des médecins encore sur le terrain sont des « *saints* », des « *curés* », des « *missionnaires* », faisant « *l'aumône* », « *des bonnes œuvres* » ; la profession est ou ne doit plus être une « *fonction sacerdotale* », un « *apostolat* », un « *engagement* », « *une abnégation totale* » ; des enquêtés reconvertis constatent la disparition de « *Credo* » par rapport aux anciens médecins « *consacrés* » tout en évoquant leur perte « *du feu sacré* » ou de leur moindre « *foi* ». Le plus jeune actif de l'enquête comprend les refus des jeunes générations à se dévouer « *corps et âme à leurs patients* », mais admet que « *c'est l'opposé* » de sa façon de travailler.

- Enfin, l'étude montre que la plupart des retraités tardifs - comme certains actifs épanouis dans leur travail (travaillant ou non en association) – ont **recherché de l'aide auprès d'autres professionnels** (secrétaires, remplaçants, confrères – notamment pour les gardes –, spécialistes), **mais aussi auprès de leurs proches**.

Ils ont notamment délégué les charges administratives à leur(s) secrétaires, c'est-à-dire pour la plupart à leur conjointe⁵⁵. Cette aide a fait la différence, d'un point de vue financier également.

« *J'ai travaillé la nuit, je travaillais jusqu'à 11 heures du soir. Je ne prenais pas de secrétaires – heureusement mon épouse m'aidait. Parce que j'ai calculé, si je prenais un secrétariat, je n'aurais pas pu, parce qu'il y a des frais aussi là, et j'aurais été amené à pratiquer une médecine sans approche humaine (...). Cela allège, c'est un allègement parce que, vous voyez, vous n'avez pas ces soucis de fin du mois : 'il faut payer ça'.* »

« *Je reconnais que j'étais très bien soutenu par ma femme, vraiment. Donc, elle était infirmière avant qu'on se marie, et puis elle a arrêté parce qu'elle a été enceinte tout de suite... Non, ça a été cool, je reconnais que ça n'a pas été facile, mais bon on a serré les dents tous les deux, hein. – Vous avez fait corps avec votre épouse ? - Ah oui, je crois que tout seul on ne peut pas, et puis de toute façon, si j'avais été tout seul, je n'aurais pas fait ce que j'ai fait, hein... Je n'aurai pas pu travailler comme un cinglé comme ça, comme un fou... »*

⁵³ Sacrifice obligatoire de son temps, de sa vie, comme dans les récits d'anciens militants politiques ou syndicalistes (Gavi et Sartre, 1974).

⁵⁴ Rappelons de plus que de jeunes médecins (ayant débuté leur exercice depuis quelques années seulement), en dépit de ces organisations du travail qu'ils tendent à mettre en place plus systématiquement, se retrouvent autant, voire davantage débordés que leurs aînés.

⁵⁵ Comme en politique, la sphère familiale reste souvent sacrifiée, d'où la persistance et l'importance de l'endogamie professionnelle, synonyme de plus grande compréhension, voire de soutien au sein des couples.

B. La solitude professionnelle

Cette stratégie de construction de réseaux d'entraide au travail (déjà étudiée lors de notre précédent travail pour la DREES, Vega, 2005) semble essentielle au regard du second risque du métier.

- En effet, outre **l'arrivée de nouveaux concurrents** occasionnant des cessations précoces non choisies, **le manque de soutien et les conflits au sein des associations ou des maisons médicales seraient les motifs les plus importants de cessation d'activité directe ou indirecte** parmi les enquêtés (passage à des exercices en solo précipitant les départs).
- Dans une profession caractérisée par des logiques commerciales et de compétition au sein de territoires, les conflits quant au partage des clientèles locales apparaissent dès l'installation.

« J'ai été me présenter aux confrères du quartier, qui m'ont tous accueilli gentiment. Apparemment, si vous voulez, à ce moment-là, il y avait de la place au point de vue médecine : les confrères ne voyaient pas d'un mauvais œil arriver un généraliste supplémentaire (acquiescement de sa femme). » « J'ai vu quelques médecins généralistes heu... – réceptions variables heu... Il y en avait des gentils : un en me disant qu'il me donnerait les visites de nuit (sourire), un autre qui m'a dit que... (bredouille) qu'il n'était pas content ! (rires) Sur les 10, j'ai dû voir 3 médecins, et le 3^{ème} m'ayant mal reçu, ce n'était pas la peine d'insister. » « J'avais vu un généraliste qui m'avait (pourtant) dit : 'd'accord, dès que je suis un peu saturé, je t'envverrai des gens'. Il m'envoyait toujours ceux qui ne pouvaient pas payer ou ceux qui étaient (presque) morts (...). Et puis comme quand je suis arrivé, le tour de gardes était déjà fait pendant l'année, je n'ai pas pu faire de gardes. »

« La pharmacie x a aménagé un étage de la pharmacie en clapier à médecins. C'est bien, les vases communiquent : vous avez la gare tac, un cabinet médical pouf, directement ça tombe dans la pharmacie, et puis le mec peut rentrer chez lui... Voilà. Je n'ai rien contre, mais la façon... En plus, enfin je veux dire : ils (ces médecins) se sont installés sans nous dire quoi que ce soit... Moi, de toute façon ça n'a rien changé à mon activité. Celle de mon collègue a subi (par contre) quelques revers. »

- Tous les enquêtés ont témoigné de la rareté des bonnes ententes et des risques importants de rupture entre médecins généralistes associés⁵⁶ (motifs pour s'installer seuls pour des retraités tardifs), ce que la plupart des médecins (ayant) exerçant (exercé) en groupe ont confirmé⁵⁷.

« Quand on voit les médecins qui se tapent sur la gueule partout (...), j'ai eu de la chance. »

« (C'est difficile de réellement collaborer) sans se faire de l'ombre », de travailler avec « déontologie » (« ne pas changer de traitement », « ne pas se piquer la clientèle »).

Des logiques assez similaires nuisent au développement de systèmes de gardes ou de maisons médicales.

« Enfin, il y a eu quantité de tentatives de prise de pouvoir, enfin bon... la guerre. Enfin, scénario habituel (rires) : donc, petit à petit, salades au Conseil de l'Ordre qui privilégiait certains. Et finalement, les réactions de généralistes : le bazar (...), bagarres à l'intérieur, puis finalement scission, et donc rivalité entre les deux trucs (rires). À nouveau les trucs foireux (...). Donc, plus ça allait et plus la philosophie gagnait (rires) mon champ mental. Or, si on devient trop philosophe, ça devient à la limite... négatif sur le plan de l'exercice lui-même (ton sérieux). »

« On a voulu mettre en place une maison médicale (...). Je voulais qu'en fait le médecin généraliste, au lieu d'être de garde à son cabinet, soit de garde à l'hôpital, pour gérer tout ce qui était la médecine générale, et du coup libérer aussi les confrères des urgences. Et en fait, cela ne s'est pas mis en place pour des problèmes de

⁵⁶ Phénomène déjà étudié (*Étude qualitative*, 2002-2004), et qui touche l'ensemble des professionnels libéraux associés.

⁵⁷ À noter aussi des cessations d'activité suite à des difficultés à retrouver un autre associé digne du précédent, particulièrement après des associations « idéale(s) » (deux cas dans l'enquête), ou à s'investir financièrement. C'est le cas d'une enquêtée qui a dû quitter son groupe médical parce qu'elle avait déjà des dettes personnelles (liées à l'achat de sa maison), mais aussi parce qu'elle devait choisir parmi des « clans » d'associés devenus rivaux suite à l'élargissement de la structure.

rivalités financières, c'est-à-dire heu... les médecins de l'hôpital disant : 'nous, on est salariés et on fait notre travail au mois, il n'y a pas de raison que quelqu'un vienne s'installer à côté de nous et soit payé à l'acte, touche une indemnité de nuit etc., pour le même travail que nous'. »

Des exercices de groupe recommandés, mais fragiles

« C'était un exercice idéal. » « On n'était pas du tout là pour se bouffer les uns les autres, il y avait une confraternité excellente, qui tournait au copinage : on n'était pas dans la course aux patients. » « Il y avait une forme de confiance et de respect. Quand on se faisait quitter par un patient, pas moins de 8 patients sur 10 allaient chez l'un de nos associés : ils savaient qu'on n'allait pas les battre, ni nous battre entre nous (rires). On n'avait pas trop l'impression d'être cocus. Parce que c'est un travers médical : être possessif, (penser) 'mes patients' (rires). » « C'est une bonne chose aussi pour l'orgueil médical, ça permet aussi de se dire finalement : 'les malades sont aussi bien soignés par mon confrère que par moi', et donc, ça permet de relativiser un peu. »

Cependant, comme dans d'autres études, les enquêtés utilisent la métaphore du couple pour parler de leurs associations pour le meilleur (c'était « une lune de miel », « on ne s'est plus quittés »), ou pour le pire : « Tout le monde ne peut pas s'associer : c'est un mariage qui n'est pas toujours heureux. » « On a cohabité comme des couples qui ne s'aiment pas mais qui sont obligés de rester ensemble (...). J'ai emprunté 50 000 balles le droit de m'installer avec elle, parce qu'elle ne m'a jamais filé un patient. » « Quand on fait la tête à son partenaire ou à son collègue de travail, quand on ne se regarde pas ou qu'on dit le contraire de ce qu'il a dit, etc., c'est pas marrant. Moi j'en connais comme ça, hein (...). C'était à qui saisisrait le plus vite le téléphone pour prendre les clients qui appelaient, hein, c'était une vie impossible (...). C'est tout beau quand on s'associe, hein, tout est bien (mais) à partir du moment où il faut partager ceci, ou qu'il y en a un qui pique le client de l'autre, etc.,... Vous savez, ce n'est pas tout cuit. »

D'où l'importance de « bien réfléchir avant de s'associer »...

« On a fait un essai de 6 mois. » « Cela s'est très mal passé... Mais ça, c'est un peu de sa faute aussi. Il aurait dû mieux s'y préparer, poser des questions, voir des confrères. Il l'a fait sur un coup de tête déjà, et puis il n'a pas pris suffisamment de renseignements par rapport au copain pour savoir les charges, les ceci, les cela. » (conjointe d'un médecin retraité) « En groupe, il y a des contraintes, et la plus importante c'est celle du tempérament de l'autre. »

... et de ne pas s'associer avec « n'importe qui ».

« Il faut que ça se fasse en harmonie, avec des gens qui pensent comme vous, et qui sont de votre discipline. » « Je pense qu'il faut avoir des pratiques un peu communes, il faut réfléchir sur ses pratiques professionnelles, avoir une communauté de vues sur les gens. »

En effet, les difficultés à (continuer de) travailler entre médecins sont également dues à des divergences dans les orientations professionnelles (modèles de soins, mais aussi de relations avec les patients).

- Enfin, même au sein des associations ou des regroupements médicaux, en secteur libéral, les échanges, soutiens et solidarités restent limités (motif principal pour passer à des exercices salariés chez plusieurs enquêtés).

« Dans le domaine professionnel, ça a été une solitude complète... (...) Je pense qu'on est seuls parce qu'on est en concurrence d'une part, et puis d'autre part, ou un médecin est bien intégré, et il est une planète à lui tout seul avec sa patientèle - c'est un truc autonome -, ou bien il sent bien que quelque chose ne va pas bien dans le système et il se referme sur son amertume d'une certaine manière... Pfff ! De toute façon, on ne partage pas les patients, ou peu. » « J'espérais un travail en équipe, et ce travail ne s'est jamais produit. » « C'est du pipeau le travail de groupe : chacun dans son coin. » « En libéral, c'est chacun pour soi. »

« J'ai fait pas mal de remplacements. Même si les gens s'entendent bien, et qu'ils sont 5 ou 6, finalement c'est très cloisonné parce qu'il faut quand même débiter du malade, avec des demandes effrénées, et donc le temps pour se voir n'est quand même pas énorme, même dans les cabinets de groupe, c'est pas ça. » (actifs reconvertis)

C. Se retrouver dépassé par sa patientèle

- Causes à la fois de *burn out* ou de passage au salariat, **les difficultés à poser des limites aux demandes des clients ne sont pas négligeables**, ce qui confirme les résultats d'études soulignant « le manque de formation des médecins à la relation en France »⁵⁸.

⁵⁸ Haxaire, *op.cit* : « En France, les relations avec la patientèle ne sont pas analysées, contrairement à ce qui se fait déjà dans les pays anglo-saxons avec la Communication Health Care. » Il faut cependant noter que ce manque a été compensé par plusieurs enquêtes grâce à des formations Balint ou des psychothérapies, comme l'on fait également des médecins enquêtés par Davezies (*op.cit*, p 144) : « travail sur soi », « pour mieux se connaître » (et notamment les sensibilités personnelles, car des patients révèlent chez les professionnels des enthousiasmes, des peurs, des rejets socioculturels plus ou moins conscients. Vega, 2002-2003, Bouchayer, *op.cit*).

La profession suppose la gestion quotidienne de relations. **Les retraités tardifs ont « trié » volontairement leur clientèle** – notamment en se spécialisant d'emblée –, qu'ils ont « éduquée », « cadrée » (en exprimant leurs désaccords, en refusant ou en déléguant certaines demandes), au contraire d'une **partie importante des enquêtés reconvertis qui ont accepté malgré eux le « tout venant »** (voir 3.2 B).

- Ces enquêtés reconvertis ont alors découvert les limites de leurs engagements, leurs limites personnelles, ou leurs (véritables) centres d'intérêt ou compétences professionnels. **Ils ont alors tous logiquement cessé l'exercice libéral de la médecine ou cherché à se réorienter.**

« Mon temps était devenu leur temps », « j'étais pendue au téléphone en permanence », « je me sentais en décalage avec les patients, ce n'était pas mes valeurs, non. Je ne comprenais pas. » « Je me sentais inutile, impuissant. » « (Les demandes déplacées), ça a contribué à l'épuisement, parce que c'était dans le déplaisir (...) : gérer les gens mal élevés, ça ne m'intéressait pas (...). Et puis il faut être cow-boy pour faire des gardes, et pour faire le SAMU, parce que sinon on en prend plein la gueule, et c'est épuisant. »

« Progressivement, on s'est tous découverts des envies, des compétences : on a fait tous une médecine annexe, particulière, tout en restant médecin généraliste. Tous, on avait notre caractéristique. » « Sans être particulièrement instable, autant changer un petit peu, même si c'était pour gagner moins (...). C'était facile, je n'ai pas cherché : j'ai dérivé vers quelque chose qui était naturel pour moi. » « Quand, en plus, on a un centre d'intérêt qui commence à se resserrer quelque part, autant être en accord avec soi-même (...) : si la tendance est par là – la mienne –, il faut que je la suive quoi ! »⁵⁹

⁵⁹ Cet enquêté a utilisé aussi des notions de « glissement », de « dérive », de « voie d'appel » qui expliquent les processus de reconversion d'autres enquêtés.

Être choisi par les patients et soigner à titre personnel : deux caractéristiques essentielles pour comprendre les cessations d'activité

- « Le colloque singulier » est un jeu complexe entre les désirs, les motivations, les centres d'intérêt – parfois inconscients - de chaque médecin et de leurs patients.
- « Pour assurer la consultation disons technique, on est interchangeable. Par contre, dès qu'on entre dans une dynamique d'un autre ordre, il y a une relation de type individuel qui s'instaure - avec tout ce que ça peut comporter de biaisé, de phantasmes - mais qui là, implique l'individu en tant que tel. »⁶⁰
- En médecine générale, « une patientèle s'adapte à son médecin, et vice versa : on se ressemble. »
- « Une chose certaine, c'est que les remplaçants qu'on avait nous disaient : 'c'est incroyable comme les patients sont différents d'un médecin à l'autre', et ils me disaient : 'qu'est-ce qu'ils sont gentils les vôtres !' » « Il y a un biais de recrutement (dans ma clientèle) parce que je suis peu attiré par des problèmes sociaux et psychosociaux. Je sais que des confrères excellent dans cette médecine-là, mais moi je suis beaucoup plus terre à terre, pas aérien (bis). Donc, forcément les patients le ressentent, et sûrement, ceux qui en ont besoin ne viennent pas me voir spécialement. » « On fait la médecine que l'on est (...). Peut-être parce que je faisais bien ce que j'aimais bien faire, les patients se décalquaient sur moi : je faisais assez peu de gériatrie, c'était plutôt exploité par mes collègues (...). » « Comme moi j'aimais bien la psychiatrie, j'avais pas de mal de consultations plutôt psychologiques, et tout, ça prend du temps. Donc tout ça, ce n'était pas forcément très facile. » « Balint a dit cela il y a longtemps, mais le premier médicament qu'on administre, c'est soi.⁶¹ »
- Il est alors particulièrement important en médecine générale de toujours « trouver du plaisir au travail », « sinon, il vaut mieux arrêter ». (retraités tardifs)
- « (Maintenant), à chaque fois, je me dis : 'tiens, est-ce que ça me fait plaisir d'aller travailler ce matin, et pourquoi ? » (active reconvertie)
- Tous les enquêtés ont d'ailleurs recherché à s'accomplir individuellement.
- « C'est quand même un choix personnel. » « Je suis globalement satisfait de mon travail, de mon cursus : c'est ce que je voulais faire, je l'ai fait. » « C'était ma voie. »
- Comme les spécialisations, ces « glissement(s) » d'activités, « dérives », « voie(s) d'appel » ont (eu) un rôle majeur à la fois dans la prolongation ou la cessation précoce de l'exercice libéral de la médecine générale : elles ont donné des possibilités de changer, de s'enrichir - dans les deux sens du terme -, de se reconverter, de poursuivre des petites activités pendant la retraite (voir 2.3).
- L'étude confirme alors une des spécificités majeures de la médecine (générale libérale) : les multiples possibilités de l'exercer, mais aussi de rebondir.
- « Notre métier a quand même quelque chose de formidable par rapport à d'autres : c'est que de toute façon, on peut toujours retomber sur ses pattes. » « Nous (les médecins), on a la possibilité d'aller où on veut : il y a de la place partout, donc (ce n'est pas un problème). »

Plus précisément, comme d'autres professionnels de la santé, ces médecins reconvertis ont fini par trouver leurs propres aspirations en phase avec les évolutions de la place du travail dans nos sociétés (Bourgueil, 2002), et avec des modes d'organisation du travail toujours plébiscités en médecine (confort et responsabilités indirectes ou partagées, moindre dépendance à l'égard des patients en établissements⁶²).

« La médecine de groupe est souhaitable parce que maintenant, les gens veulent avoir une vie de famille. » « Au début, quand j'étais jeune, je voulais rester à proximité de l'hôpital : être salarié, c'est plus facile. » « L'idéal c'est toujours de rester à l'hôpital où la vie est plus facile », « les responsabilités sont partagées. » (retraités tardifs⁶³) « Je n'ai jamais eu aucun regret, aucun (...). Je suis beaucoup plus libre que je ne l'ai été... » « Ici, je me sens de nouveau protégée. » « L'idéal, c'est d'être interchangeable : si l'un est absent, l'autre le remplace. » (actives reconverties)

- La plupart des reconversions heureuses se sont réalisées dans ce sens, notamment vers le salariat - secteur privilégié. L'étude confirme en particulier l'attraction chez les enquêtés qui ont été fragilisés par le système libéral (dépassés par leur clientèle ou en rupture économique ou en

⁶⁰ D'où aussi l'importance d'étudier aussi, à partir de quelques profils (3^{ème} partie), les processus de construction-initiation continue auprès des patients à l'image de ce que l'on est : Vega, *op.cit.*

⁶¹ Tenant de la médecine « holistique » en Angleterre : retour à des traits, à des attitudes de thérapeutes traditionnels, en s'intéressant non seulement à la pathologie et au corps du malade, mais aussi à « l'ensemble des besoins de la personne » (C. Herzlich, 1984).

⁶² Ce qui confirme les résultats de nos recherches précédentes : « L'idéal, c'est toujours de rester à l'hôpital où la vie est plus facile. », idéal d'échanges et de confort (Vega, 2005).

⁶³ Pour certains, « le début de la fin » en médecine générale est d'ailleurs lié à la réforme Robert Debré en 1968 (éloignement des hôpitaux) : « Ca a quand même été un désagrément, enfin un désavantage pour les médecins généralistes : ils ne peuvent plus être praticiens hospitaliers, c'est-à-dire participer à la vie de l'hôpital (...). Et c'est quand même dommage, parce que tous les matins, on se rencontrait dans le service, on discutait des cas, on échangeait nos points de vue, les lectures qu'on avait faites, enfin c'était une vie très riche, hein. Une activité intellectuelle très riche (ton bas). »

situation de solitude professionnelle) de « services de santé au travail », d'« unités sanitaires », de « centres de ressources multidisciplinaires, où les gens puissent vivre et travailler... sans que ça soit au prix de sacrifices personnels et professionnels démesurés », et « sans rapports conflictuels (entre médecins) à propos des clients. »⁶⁴

- De plus, tous les enquêtés (quel que soit leur âge), ont témoigné d'autres ajustements en cours⁶⁵ qui vont finalement dans le même sens : s'investir au sein d'activités « non productives » (famille, loisirs, participation à la vie de la collectivité, etc.), tout en ayant des formes d'exercice plus sécurisantes.

« Avec la population (médicale) qui se féminise, et les jeunes qui viennent de sortir de l'école, l'envie d'avoir une vie familiale est plus importante qu'autrefois. C'est pour ça qu'il y a effectivement un problème au niveau des gardes, et au niveau des installations dans les pays ruraux (...). La piste actuelle, c'est un médecin salarié d'un médecin plus ancien qui détient le cabinet, et donc ce système je le vois se développer de plus en plus (...). Ca répond bien aux femmes médecins qui ont des horaires de travail beaucoup plus souples. » (actif) « Des médecins vont faire des remplacements peut-être, et de plus en plus, surtout les jeunes et les femmes plus que les autres. Pour les gens qui ne veulent pas s'installer, c'est bien : il n'y a pas de charges, on n'est pas à la tête d'une entreprise. On travaille 15 jours, puis repos, on refait des remplacements à la demande. Oui, ça c'est (aussi) un débouché pour les femmes (...). - Surtout pour les femmes ? - Oui, parce que c'est des études longues, et après il y a les enfants, le mari : faire des remplacements, ça serait une solution (...). » (retraité tardif)

⁶⁴ Ces modes d'exercice correspondent en effet à des désirs de réassurance professionnelle, mais aussi de professionnalisation de la médecine, par opposition « au défaut de la médecine générale où vous êtes tout seul dans votre coin, où vous avez l'impression d'être livré à vous-même avec des patients livrés à eux-mêmes » (voir 3.3 B).

⁶⁵ Il existe une nouvelle possibilité pour les médecins d'être salariés (non associés) par des médecins libéraux, mais on observe une tendance à s'orienter vers une activité de remplacements permanente (cas d'un actif).

Être remplaçant ou salarié : moins de contraintes et de responsabilités

Les atouts que présentent ces deux modes d'exercice sont ceux que les retraités tardifs et des actifs ont su développer à des degrés divers en cabinet libéral (en étant ou non associés) :

- des horaires de travail (choisis) « confortables », « aménageables », « normaux par rapport aux 35 heures » ; des possibilités « de lever un peu le pied », « d'avoir une vie un peu tranquille », « simplement de vivre comme tout le monde » (de s'occuper de soi et des siens). S'y ajoutent une régularité de la quantité de travail (« on maîtrise ») et des rémunérations régulières pour les salariés.

« Moi je suis ravie d'être salariée franchement (rires) : au moins on gère, on dépense en fonction, on n'a pas l'impression d'avoir plein d'argent qui passe dans les doigts et puis plein de frais qui nous tombent en permanence dessus. »

- en institution, « du temps cérébral » consacré à l'échange entre pairs (à propos de cas de patients, pour partager des décisions difficiles), et à la réflexion sur le travail (réunions, partage de savoirs, possibilité de faire des formations⁶⁶) atténuant le stress au travail⁶⁷, mais surtout l'isolement, « le poids de la faute, la peur de se tromper », « le poids du médico-légal »⁶⁸ (« il y a une supervision institutionnelle »).

- ne pas (plus) dépendre d'une clientèle, et surtout « ne plus penser à tout », de ne plus avoir « des angoisses », c'est-à-dire « la charge morale » d'un cabinet : comptabilité « compliquée », « paperasseries », paiement du 13^{ème} mois au(x) secrétaire(s), poids des responsabilités à l'égard de ses patients.

En étant remplaçant, « on n'a pas le poids d'un cabinet : ni les contraintes administratives, ni aucune contrainte. Un remplaçant, c'est une personne qui fait plus d'activités (qui gagne davantage), il n'a pas de soucis avec la Sécu, pas de soucis de gardes. Il est libre de son temps puisque s'il veut partir en vacances (il le peut), il n'est pas censé assurer la continuité des soins. » « (Les remplacements), c'est pareil (que) quand on fait des stages. À la limite, on endure en se disant : 'plus que 3 mois, plus que 2 mois, plus qu'un mois'. Quand on remplace, on joue le jeu, parce qu'on sait que de toute façon, c'est temporaire (tandis qu'en s'installant), vous ne pouvez plus « botter en touche », « puisque là où la chèvre est attachée, il faut qu'elle broute ! »⁶⁹ (actifs et actifs reconvertis)

« J'ai entraîné pendant 2 ans, oui, sans rien faire : faisant que des remplacements (...). J'ai trouvé plus intelligent de continuer disons à bien vivre – malgré le peu de monnaie qu'on avait à l'époque –, mais bon c'était finalement plus agréable que de poser une plaque... - Alors plus agréable, parce que plus de liberté ? – Plus de liberté, c'est-à-dire : vous savez, sans rien faire que de faire des choses intéressantes. C'est quand même plus agréable que de faire un métier (...). (Mais ensuite j'ai préféré) prendre mes responsabilités jusqu'au bout, et puis gérer comme je le sentais (affirmation forte). Quand on faisait des remplacements, c'était la moindre des choses que de continuer à travailler de la même façon que la personne qu'on remplaçait. Il est évident que vous n'êtes pas là pour rectifier, pour donner des leçons. » « J'aurais peut-être dû faire ça... (rires) Bon, les patients, on ne les suit pas... mais c'est pas forcément inintéressant... » (retraités tardifs)

Cet attrait qu'exercent le salariat et les remplacements sur les généralistes de toutes les générations explique les refus des réformes visant à prolonger l'exercice (cumul de la retraite et d'une petite activité), ce qui reste « trop contraignants ».

- Pour toutes les générations d'enquêtés, les fonctions des remplacements (pour les remplaçants) sont multiples : ils permettent de se sentir moins « approprié », accaparé par les patients, d'avoir des temps de réflexion sur les futurs choix professionnels, et finalement d'adapter le travail à tous les âges de la vie.
- Comme les gardes, **les remplacements** ont permis à des retraités tardifs « de se faire la main » au sortir des études, de « se faire de l'argent » (surtout pour les célibataires)⁷⁰, avant de « se lancer » vers une installation (en attendant parfois simplement celle de confrères avec qui ils comptaient

⁶⁶ « On s'associe en général pour des raisons économiques, soit pour partager une clientèle (devenue trop importante), soit pour diminuer les frais (mise en commun de moyens pour abaisser les frais fixes), ce qui n'était pas le cas : moi, j'en avais assez d'être seul, de prendre seul des décisions à l'égard des patients, et ça a été aussi un moyen de faire des formations. »

⁶⁷ « Ce qui me paraît extraordinaire, c'est d'avoir le temps de discuter d'un cas sur le plan médical avec un autre médecin, d'avoir le temps (...). Ne pas être en permanence branché sur : je suis en consultation, j'ai 3 coups de téléphone et 4 choses à résoudre en même temps et ça va durer pendant 12 heures, et je vais arriver le soir avec le cerveau pressuré (...). Pouvoir avoir des réunions : pouvoir échanger, pouvoir un petit peu concevoir les choses. » (médecin reconverti salarié) « On peut vivre en cabinet de groupe, avec des frais raisonnables (...). Et en plus, quand on en a assez, on peut aller discuter au secrétariat, avec les autres confrères, on peut aller boire un café. Et ça c'est agréable finalement. » « Psychologiquement, c'est plus confortable : ça coûte plus cher en personnel et en matériel, mais on est moins à cran, on peut un peu échanger, on se sent moins seul, on peut causer, même de problèmes médicaux, et (dans) une bonne association, on peut parler des personnes, de la clientèle. » (retraités)

⁶⁸ « (On demande au confrère associé) : 'Qu'est-ce que tu penses de ce ventre, qu'est-ce que tu penses de ce cas ?'. Et i y a la réciproque aussi, et là, c'est fantastique : ça permet de faire une médecine qui devient agréable. » « On s'est beaucoup épaulées : dans les domaines où on était plus ou moins fortes, ou si l'une d'entre nous deux avait lu l'information. » « J'avais été très protégée par la structure de la maison médicale. »

⁶⁹ A noter que cette image très forte fait écho à celle d'un autre enquêté reconverti à propos des patients (« des brebis en déroute »).

⁷⁰ Également motivation principale pour des reconvertis (« en cas de besoins financiers »).

travailler). Cependant, ils **ont été utilisés comme des périodes de test permettant de décider en connaissance de cause des futurs lieu et type d'exercice.**

C'était essentiel pour « voir si je pouvais réussir à me faire une clientèle » (« Je me suis associé mais après avoir fait mes preuves en remplacements. »), pour « savoir si c'était ou non la bonne voie pour moi », « si j'étais capable de tenir à la campagne ». Les remplacements sont également utilisés par les reconvertis « le temps de savoir ce qu'on va faire »⁷¹.

- De plus, comme chez les « jeunes » médecins, les remplacements tendraient à devenir un mode d'exercice permanent chez les retraités qui ne veulent plus se (ré)installer (qui ne veulent plus avoir « la charge d'un cabinet », mais « qui veulent rester dans le coup », qui ont « encore envie de bosser », que la médecine « intéresse »).

« J'aimerais bien pouvoir faire de la médecine générale, mais travailler une demi-journée, heu..., 5 demi-journées par semaine par exemple, c'est-à-dire avoir ce que je n'ai pas eu : un petit peu de temps pour la famille, ou bien pour les autres activités extra-médicales (...). Donc, je fais de temps en temps des remplacements. » (retraité âgé de 68 ans)

- Enfin, **comme l'exercice salarié, cette activité permet d'adapter le travail à des besoins fluctuants selon les âges.**

« J'ai 58-59 ans, j'ai plus envie de me faire chier. Je prends ma retraite, je prends 2 ans ou 1 an et demi de tour du monde, puis je reviens et j'irai faire des remplacements. »

« (Le cabinet), ça ne peut pas durer toute la vie, il faut tourner : c'est normal d'avoir envie de faire autre chose. - Et le côté un peu technique qui vous plaisait avant ? - Bien, ça m'amusaient moins. »

« On n'en peut plus au bout d'un certain âge de devoir courir, de répondre à toutes les demandes : avec le temps, on n'accepte plus. » « À 40-45 ans, il faut aussi se stabiliser : on ne vit pas que pour son travail. »

« J'ai fait de la médecine générale pendant 15-16 ans. Je l'ai fait, et suffisamment : j'ai eu ma dose. (...) Maintenant, j'ai envie d'avoir des activités un peu plus pérennes (...). J'ai eu envie de m'investir dans les projets à fond. »

C'est notamment cette capacité de s'adapter et de se projeter dans la vie qui fait la différence entre les enquêtés⁷². L'étude montre en effet combien **les retraités tardifs et les actifs épanouis dans leur travail ont su constamment ajuster, mais aussi anticiper le déroulement de leurs carrières** : « j'ai toujours tenu la trajectoire en main » (actif).

- **Ils ont choisi des lieux favorables à leurs profils, et surtout ils ont déménagé et/ou arrêté des activités** (gardes, visites) **ou des modes d'exercice dès que leur travail devenait problématique** (moins rentable ou trop fatigant, conflictuel avec d'autres médecins, trop solitaire, déplaisant avec certains patients).
- **Ils ont su également bonifier leur retraite** (activités salariées, d'enseignement, petite activité, réaménagement de leur cabinet avant sa vente permettant des ressources financières supplémentaires).

⁷¹ Également suite à un problème de santé (c'est le cas d'un enquêté avant de pouvoir se réinstaller).

⁷² Ce qui rejoint d'autres analyses de Hardy-Dubernet (*op.cit.*, p. 51) : capacité de chaque (futur) médecin à se penser « dans la vie », à se projeter dans un avenir social.

Savoir s'arrêter à temps : une minorité de médecins âgés témoignent

En plus de la fatigue physique liée aux gardes, ou au fait « de monter les escaliers » lors des visites, certains médecins ont pris la mesure du principal risque du métier au regard des ruptures de santé de leurs confrères : « Il y en a un qui a prolongé très longtemps et il est mort. Ça n'engage pas à continuer, hein (ton bas, presque marmonné, puis rires). »

Cela a précipité pour certains la cessation d'activité : « Triple pontage, insuffisance rénale, accident vasculaire cérébral, autour de 55 ans. Pas beaucoup de cancers, hein, beaucoup d'accidents (...). Ou l'autre en garde qui se plante en bagnole, qui se tue etc. Autour de moi, j'en ai vu un paquet tomber comme des mouches, cela fait réfléchir (les morts accidentelles de confrères). On se dit qu'on a qu'une vie, non seulement on n'a qu'une vie professionnelle, mais on n'a qu'une vie (...). Et puis on ne peut pas être homme orchestre toute sa vie. » (actif reconverti)

De plus, passé un certain âge, le risque d'être « dépassé par les évolutions de la médecine » semble non négligeable (difficultés à partir d'un certain âge à ingérer de nouvelles connaissances en nombre exponentiel, en particulier d'ordre pharmacologique). C'est le motif principal donné par deux enquêtes (sentiment de devenir « ignare »)... qui ont connu pendant leur activité de graves problèmes de santé (cancer, AVC).

« Plus on avance en âge et plus les temps de récupération sont importants. Donc on peut faire une journée intense, mais le lendemain on est raplapla, on a le cerveau comme une sauce blanche, et on n'a pas une disponibilité de la même efficacité. Certains patients me demandaient : 'mais pourquoi vous arrêtez ?'. Je leur disais : 'parce que j'ai le disque dur saturé'. Avec l'informatique, on comprend tout de suite, ça les faisait bien rigoler. (...) Donc, disque dur saturé et fragmenté, morcellement : avalanche de l'information dont il est difficile de faire le partage... On reste là à se dire : 'qu'est ce qu'il se passe ?' (sourires). » « C'est vrai qu'il y a les formations continues - on allait à l'hôpital au moins une fois par mois, on avait des formations médicales techniques -, mais c'est vrai que la médecine évolue très vite (...). Lorsque qu'on sort de fac, au bout de 10-15 ans, ce qu'on a appris, c'est déjà obsolète hein. Alors bon, raison de plus - parce que je suis presque de la génération où l'on a inventé la pénicilline, alors vous voyez, c'est... (rires) Ca fait... Il faut savoir s'arrêter à ce moment-là. »

D. Des motifs souterrains : « la qualité de vie »

« J'ai quand même travaillé pendant 35 ans en groupe de 5 médecins. Je pense que c'était une qualité de vie que ne peuvent pas avoir les médecins isolés : on s'est réparti des créneaux horaires (...), on s'est pris une journée de congés dans la semaine. » « Actuellement, on privilégie la qualité de vie, mais en médecine, c'est difficile - surtout en médecine générale. » « C'est la qualité de vie aussi qui fait aussi que les jeunes médecins ne veulent plus travailler comme nous autres. » « Cela fait 3 ans que je suis à l'hôpital, et c'est la première fois que je prends des vraies vacances, voulant décrocher, n'ayant pas de soucis pour me faire remplacer, etc. : ce n'est pas du tout la même qualité de vie. » « C'est vrai qu'on a décoincé une qualité de vie. »

- Travailler plutôt à la campagne, s'associer, finalement déménager, devenir salarié, etc., sont autant de choix individuels motivés par la recherche d'un travail correspondant à ses aspirations, mais aussi par la recherche parallèle d'environnements socioculturels et de modes de vie adaptés également à ses proches, ce qui confirme une fois de plus le rôle secondaire de la recherche de revenus élevés *stricto sensu*.

« Je ne suis pas resté dans le premier cabinet à cause du coin, le culturel local n'était pas ma tasse de thé. » « J'avais donc la possibilité de m'associer dans une région très sympathique, où je pouvais à la fois être urgentiste et médecin sapeur-pompier, en zone semi-rurale : j'ai sauté les deux pieds dedans. » « On est dans une région qui est quand même assez jolie : si vous en avez ras le bol, pendant une heure vous allez à la campagne au bord de la mer, vous vous détendez. Ca m'arrivait dans l'après-midi de partir une demi-heure (comme la mer est à 4-5 kilomètres), et de repartir au travail. » « Bon, après il fallait que cela colle aussi avec ma femme et mes enfants. »

En effet, compte tenu de l'investissement professionnel en médecine générale, **le rôle des proches a été non négligeable, voire déterminant dans les carrières**⁷³ – même si leurs voix n'ont pas toujours été écoutées, au moins dans un premier temps.

- Les pressions des parents, mais surtout des conjoints, des enfants, des patrons, voire des associés, ont conduit des enquêtés à écourter leurs études. C'est finalement le cas de nombreux enquêtés âgés qui n'ont pas présenté l'internat car leur femme était enceinte, ou parce qu'ils avaient déjà des enfants ou simplement car ce n'était pas le désir du conjoint. On leur a désigné le(s) secteur(s)

⁷³ En particulier pour les femmes médecins (voir 3.3 A).

et le(s) lieu(x) de leur(s) (ré)installation(s), leur discipline ou leurs domaines de reconversion ; on les a mis en garde contre les surinvestissements professionnels ; on leur a imposé des changements dans le travail ; on les a menacés de divorces, etc.

« Je devais faire une spécialité... et... par le fait des études, un professeur qui me connaissait bien... Il s'est développé une empathie entre nous. Il m'a conseillé de voir un endroit, où paraît-il, ils avaient besoin d'un médecin généraliste. »

« C'est vrai que j'aurais pu devenir probablement quelqu'un d'important dans les laboratoires de physiologie, avec une agrégation au bout, mais mon épouse ne voyait pas ça de cet œil-là : ça allait prendre 10 années. »

« (Faire des remplacements), ça ne pouvait pas durer non plus... Mes parents commençaient à trouver le temps long... » « Comme sa femme est hospitalière maintenant, ça va être sûrement moins évident - il partait à Mayotte 2 mois, 3 mois, 6 mois, bon c'était bien. C'est bien quand on est jeune, mais au bout d'un moment, quand on a des gamins à scolariser, ça devient impossible. A 30 ans, le remplacement ça va, après c'est autre chose avec les enfants. » « J'ai un copain qui ne faisait que des remplacements. Il avait voulu s'installer, mais ses enfants ne voulaient pas quitter O. »

« Pour moi, l'ouest de la France, ça n'existait pas – d'ailleurs je me demandais ce qu'on pouvait aller faire dans cette région-là –, et en réalité c'est ma femme, qui elle en avait assez de travailler, et qui poussait à ce que je m'installe le plus vite possible, voilà (...). Je me suis retrouvé là. Mais vraiment, ce n'était pas là que j'avais l'intention d'arriver, quoi. Et puis une fois qu'on est là, voilà : c'est parti. » « Elle préférerait, donc on s'est installés à 60 km de Paris, à 55 km, voilà... En fait, ma femme aime ni l'Auvergne, ni la Bretagne (...). Ma femme ne supportait plus d'avoir le cabinet à la maison.⁷⁴ » « Moi encore, j'aurais peut-être réussi à m'adapter (à un exercice rural), mais mon épouse, et mes enfants à l'époque, tout le monde s'est un petit peu lassé de cette situation. » (fin de l'exercice dans un village) « Je travaillais beaucoup : j'ai travaillé 6 jours sur 7. Ca, ça a été difficile. Jusqu'au moment où mes enfants m'ont dit : peut-être que je pourrais ralentir un petit peu et pas travailler le samedi - mais j'ai mis, heu..., près de 30 ans à le faire (...). A un moment donné, cela a saturé dans la famille : il y a eu une menace de rupture, et j'ai changé complètement. » « J'ai beaucoup de confrères aussi dont les ex n'ont pas compris : il y a un décalage entre les amoureux du début et la réalité du terrain ensuite quand on est installé. Quand les responsabilités fusent, on n'est plus très présent à la maison, et les épouses ne sont pas très contentes (...). Celle qui est venue ensuite, dans ma vie, elle m'a pris comme je suis - donc forcément il y a eu moins de problèmes. »

« Mon premier mari ne supportait plus cette situation, il n'a pas tenu le coup (...). Le deuxième, il fait un boulot un peu similaire – donc il met plutôt un peu des limites dans mon état de santé à moi ou psychique si je suis débordée. » « Ma sœur m'a dit qu'en fait, je passais beaucoup plus de temps avec mes patients qu'avec mes proches – ce que j'ai très mal pris, ce que j'ai trouvé très con, heu..., très désagréable et tout (ton bas). Et en fait, elle avait raison – et ça, ouais, c'était un truc douloureux. »

« (Celui qui devait me remplacer), il a pris femme ! Voilà, avec un gamin. Donc, il a pris sur L. : il ne pouvait pas non plus abandonner femme et enfant ! »

- La recherche d'un cadre de vie particulier est finalement fondamentale lors des (ré)installations ou des changements de secteur d'exercice, surtout chez les médecins parents : les choix se portent sur des lieux dotés de structures et de services adaptés aux études, à la garde d'enfants, aux loisirs (activités sportives, culturelles).

« Finalement, on est venus ici pour les enfants. Notre fille avait vécu des situations de violence malgré le fait d'avoir été en école privée à R. (...). Le milieu de vie était devenu pénible, on subissait trop. » (conjointe de médecin) « J'ai remplacé un médecin qui était très aimé, donc c'était un peu difficile. Ce médecin avait quitté ici parce qu'il avait 5 enfants, qui étaient des adolescents étudiants. Donc il voulait se rapprocher de la région parisienne pour les études de ses enfants, et il est parti à M. (en banlieue). » « Quand vous êtes à la campagne (...), ça pose aussi des problèmes scolaires (...). Quand je dis que (depuis toujours) les médecins s'en vont en ville, ça correspond effectivement au moment où les enfants vont aller au lycée. »

« (Il y a aussi) l'évolution de l'endroit où l'on est : ici la population a chuté, et le fait qu'il n'y ait pas de lycée peut être un problème pour l'installation de nouveaux médecins, notamment des femmes au regard des études de leurs enfants. »

⁷⁴ Situation récurrente parmi les retraités.

- La détérioration des conditions de vie, et notamment la désertification rurale (réelle ou supposée) a compromis l'arrivée de successeurs (et de remplaçants) chez de nombreux enquêtés (augmentation des temps de déplacement, mais surtout absence de services et moindre prestige).

Des installations toujours peu réfléchies, fondées sur des a priori

« C'est vrai qu'à l'époque il n'y avait pas tant de médecins que cela. C'est dans les années 80 - le papy-boom -, qu'en médecine générale, c'était un peu plus dur. Ici, on est passés de 30 à 60 médecins en quelques années. » « Dans les années 80, j'ai assisté à l'installation de confrères un peu partout - l'attrait du Sud -, et parfois de façon anarchique⁷⁵. » « Il y eu des installations n'importe comment. Par exemple, à S., on était 4 médecins, et brusquement, quelques années après, on s'est retrouvés à 14, 15 ! Bon, cela s'est passé il y a 25 ans, et puis brusquement, il y a eu saturation et plus aucun médecin ne s'est installé. Alors je crois que ce n'était pas raisonnable, hein (...). Donc, ce n'est pas simplement une question de démographie je pense, c'est une question de : pourquoi s'installer ? Parce que les jeunes médecins voyaient des immeubles, en disant : 'il y a du travail, il y a des gens là'. Or ce n'est pas... une raison. »

« C'est soi-disant trop éloigné de la ville, et les conjoints veulent y rester (en ville) : avoir tous les services (urbains). » « Je n'ai pas réussi à leur démontrer qu'en habitant dans la banlieue de T., ils mettraient 3 fois plus de temps que moi à cause des embouteillages pour y aller. Ils n'arrivaient pas à croire qu'A. est la commune la plus riche du coin avec une médiathèque, une ludothèque, les plus grands complexes sportifs de tout l'ouest de la France (...), sans parler du cadre de vie (...). C'est psychologique (...). Les jeunes médecins ne se rendent plus compte : ils partent aux Seychelles en organisant leur voyage par Internet, mais ils ne connaissent plus la géographie de leur région (...). Ce sont des citadins, et ils n'ont pas du tout la culture verdure, hein : s'ils ne voient pas une maison à moins de 15 mètres de la leur, ils ont peur. Ils ont peur de l'isolement. »

« A V. (ville), il y a une surpopulation de médecins, ce qui est curieux (...). Oui, mais c'est le prestige. Alors, il y a la fille de l'instituteur d'un village à côté de S., qui était médecin (...). Je lui donnais la place, je ne lui demandais pas un sou ! (tape sur son bureau et répète) Elle n'a jamais voulu : elle s'est installée à V., elle a payé sa part dans un cabinet de groupe, où elle végète maintenant. (...) Elle a ses parents là-bas, elle a deux gamins, c'est sa mère qui est en retraite qui garde les gamins maintenant, donc elle aurait pu faire la même chose ici (...). Pourtant, ici, il y a une école - le lycée n'est pas là -, mais il y a les transports scolaires : il y a une école, une pharmacie, il y a le train... »

- Les exigences des futurs médecins en ce qui concerne le cadre de vie sont finalement les principales limites à d'éventuels ajustements de la répartition des médecins sur le territoire (l'attraction pour les centres urbains et les littoraux⁷⁶ – aux dépens de zones médicalement dépeuplées – reste très marquée). Il en est de même des ajustements de la répartition des médecins entre les différentes spécialités, limités par les préférences des étudiants (les préférences pour les spécialités les plus faciles, les plus rémunératrices et réputées les « plus prestigieuses » des étudiants ont été soulignées par Hardy-Dubernet, *op.cit*, p. 89). **En fait, la qualité de vie est perçue comme une compensation : elle doit contrebalancer les sacrifices consentis pendant les études, particulièrement longues, et pendant toute la carrière, l'exercice professionnel étant « particulièrement prenant ».**
 - D'ailleurs, au travers de l'analyse des réponses à la question : « Qu'est-ce qui a été positif dans votre vie depuis que vous avez cessé d'exercer la médecine générale ? », les problèmes de gestion du temps (partage du temps entre temps privé et temps professionnel) ont très souvent été évoqués : pour tous les enquêtés, les cessations d'activité ont été globalement vécues comme un heureux soulagement (ces médecins ont enfin du temps pour eux, n'ont plus de contraintes horaires).

« Plus de pendules !! (...) C'est la liberté de l'horaire (souligné), alors que quand je travaillais, c'était à la minute près : il fallait courir après la pendule. Donc, sur la voie rapide, on faisait attention à ce qu'il n'y ait pas de gendarmes, bon – ah oui ! Et puis le manque de temps. Maintenant, il n'y a pas assez de temps, mais ce que je n'ai pas fait aujourd'hui sera fait en partie demain (bis et sourires). » « La grosse difficulté, c'était d'y aller ! (au cabinet, rires) (...) Ce que j'ai gagné entre guillemets en prenant ma retraite, c'est de ne plus avoir de contraintes horaires : je pense que c'est le plus important. » « On a surtout la possibilité de ne rien faire. » « La retraite, c'est un beau métier, hein. Alors quel beau métier par contre, hein ! On fait ce qu'on veut, quand on veut, où on veut, et puis une chose qui est encore plus belle : si tu as vraiment envie de rien faire, eh bien, tu ne fais rien. Tu te mets en catalepsie. Je trouve cela absolument faramineux. » (retraités tardifs)

⁷⁵ Situations déjà décrites dans d'autres études (Vega, 2002-2004).

⁷⁶ « C'est plus attirant la Côte d'Azur que la banlieue de Rouen. » Voir d'autres témoignages dans ce sens dans la 4^{ème} partie, A.

« *Je ne faisais plus que cela. En arrêtant la médecine générale, » « c'est la liberté, le repos. » « Il n'y a plus de risque d'être interrompu, ou de se mettre à la disposition de... C'est pouvoir au contraire plonger là dans une lecture sans se dire : 'ça peut sonner d'un moment à l'autre, il va falloir s'extraire de'.* » Cela a été « une bouffée d'oxygène », « une renaissance », « *ça m'a permis de revivre* ». (médecins ayant cessé d'exercer et reconvertis)

- La retraite ou la reconversion vers le salariat a donné aux enquêtés la possibilité de dégager du temps pour les leurs. Les actifs – et les femmes en particulier – ont pu (enfin) davantage se consacrer à leur(s) enfant(s), mais aussi à leur conjoint ou à des parents âgés (le manque de temps à consacrer aux proches a été pour certaines un des motifs principaux de la cessation d'activité libérale). Les médecins devenus grands-pères ont retrouvé à la retraite leur rôle de point d'appui auprès de leurs enfants et petits-enfants⁷⁷.

« *Pratiquement, il n'y a jamais eu de vie familiale... Tout était absorbé par le travail (...). – Et c'est quelque chose que vous regrettez un peu ? – Ah oui ! (bis), ça, oui oui. Bon, je suis passé à côté de... – mais je vois dans d'autres professions c'est pareil. Et lorsque maintenant nous sommes à la retraite, nous avons le temps de voir : je vois mes enfants comme je ne les ai pas vus, jamais ; et je vois maintenant mes petits-enfants comme j'aurais dû voir mes enfants. »*

« *Les choses positives depuis que j'ai pris la retraite : mes petits-enfants, ma famille. »*

- À la retraite ou une fois reconvertis, les médecins trouvent parfois le temps de pratiquer une activité en rapport avec leurs centres d'intérêt mis en sommeil pendant leur période d'activité, de reprendre des activités sur lesquelles « *on avait mis un trait* » (lecture, voyages, arts, sport, jardinage, etc.). Les regrets que ces médecins éprouvent après leur cessation d'activité est donc à nuancer (voir les détails en 2.3).

« On peut faire ce qu'on n'avait pas pu faire (...). *Je n'ai pas eu de problèmes particuliers à quitter ma clientèle et mon travail. Avec ma femme, nous voyageons beaucoup.* » « *Et puis quand mon fils est arrivé (pour me remplacer), donc j'avais 68 ans, et je me suis dit : 'ouais, peut-être que je pourrais faire ce que j'ai toujours eu envie de faire, toutes les lectures que j'avais accumulées, tous les projets de navigation (...). Donc j'ai beaucoup d'activités (dont) un travail manuel, parce qu'il a été délaissé pendant 40 ans (...). Je refais donc maintenant ce que je faisais il y a 55 ans.* » « *Je m'occupe beaucoup. Ah ! Je m'occupe chez les mômes, je marche beaucoup, je fais des tas de trucs physiques, je ne suis jamais là : je suis tantôt en train de bricoler, ou en train de courir dans les bois, dans les champs, etc. – je fais 15 km par jour – (rires), et puis des tas de choses. Non mais, je me rends compte quand même que quand je fais quelque chose, je prends mon temps, je lézarde un peu quoi, alors qu'avant... Alors qu'avant ! Je me demande comment j'arrivais à tout faire.* » (retraités)

« *Je suis sereine (...). Maintenant j'ai le temps de faire de la peinture, je fais du yoga 2 à 3 fois par semaine, je vais à la piscine.* » « *Ca permet de se refaire plaisir sur d'autres domaines.* » « *Après 22 ans de médecine générale, je n'ai jamais lu de romans, sauf en vacances ! Là, je lis des romans.* » (médecins ayant cessé d'exercer, reconvertis)

⁷⁷ Cependant, pour certains, ce rôle n'est pas suffisant, d'où leur investissement parallèle dans des activités de bénévolat ou de quasi-bénévolat (médecins hyperactifs, mais aussi passionnés et notables : voir 3.1).

Les conditions de travail et la qualité de vie sont finalement plus importantes que l'incidence des facteurs économiques

Lorsqu'ils ont eu le choix entre plusieurs professions, les enquêtés ont écarté d'emblée les moins payées. Pendant les études, certains ont eu des activités lucratives, mais le plus souvent en raison de charges familiales (expliquant également le choix de ne pas faire des spécialisations trop longues). Le manque de ressources financières a contraint les plus modestes à s'installer dans les lieux d'exercice moins coûteux (notamment hors de Paris, et de villes du sud de la France), qui se sont avérés être plus difficiles (dans ce cas, le fait de n'avoir pas pu investir au départ a indirectement joué sur leur décision de cesser précocement leur activité).

Les prospections (enquêtes préalables visant à mesurer la demande potentielle) n'ont pas toujours permis d'éviter les situations financières difficiles ayant conduit à la cessation, pas plus que le recours à des comptables n'a évité les problèmes de gestion financière. Ces problèmes de gestion s'avèrent cependant être une des difficultés majeures de l'exercice libéral (d'où le rôle traditionnel des secrétaires ou des épouses de médecins).

Finalement, les niveaux d'activité et de rentabilité étant très variables (et évolutifs) selon les lieux d'exercice, les types de clientèle soignée, mais aussi les orientations des médecins (médecine lente ou rapide, secteur 1 ou 2), seuls certains médecins sont réellement partis pour des motifs économiques (diminution de la clientèle). Ils se sont alors plaints de l'augmentation des charges financières ou des coûts occasionnés par des déplacements en milieu rural. Ces motifs masquent en fait d'autres motifs très répandus (mauvais calculs financiers, mais aussi opportunité d'obtenir un poste, usure et limites personnelles).

La plupart des reconvertis n'ont d'ailleurs pas des revenus supérieurs à ceux qu'ils avaient lorsqu'ils exerçaient la médecine générale libérale.

Autrement dit, l'intérêt du gain financier a ses limites en médecine générale.

« Ils (les jeunes) veulent gagner de l'argent, bien sûr, mais pas à n'importe quel prix si vous voulez. Pas au détriment de leur vie, de leur vie – mais pas privée : de leur vie tout court, de leur mode de vie. » « Les gardes sont lucratives, mais il faut voir dans quelles conditions on les fait. » « Pour m'être retrouvée une fois entre une femme et son mari, et puis le couteau et entre les deux il y avait moi... une fois que j'ai eu un enfant, je n'ai plus voulu prendre ce risque-là... »

« C'est sûr que budgétairement, ceux qui font des remplacements s'en sortent, mais c'est autre chose : vous n'avez pas votre clientèle. » « Quand j'ai arrêté, j'ai décidé de faire des remplacements, mais alors là (...), les conditions de remplacement n'étaient pas du tout celles du début, que j'avais connues. Elles étaient tout à fait acceptables et vivables, en fait : il fallait aller vite, sans filet de sécurité. »

Résumé

En médecine générale libérale, le risque de se surinvestir dans le travail, d'exercer seul sans soutien (malgré soi, et même en association), et de se faire dépasser par les demandes de certains patients est important et cause de *burn out*. Il convient alors de nuancer les discours sur le moindre investissement dans le travail des jeunes médecins – ils ne recourent qu'en partie les témoignages sur les pratiques effectives. En effet, l'exercice de la médecine générale reste caractérisé par la difficulté de se fixer individuellement des limites horaires.

Ce risque explique la nécessité de développer des stratégies d'ajustement (moduler les emplois du temps, se construire des réseaux d'entraide, filtrer sa clientèle et à défaut changer de lieu d'exercice) – ce que des retraités tardifs et des actifs ont su faire, au contraire d'autres praticiens qui se sont alors tournés vers le salariat. Cependant, tous ont œuvré dans le même sens : trouver des formes de sécurité au travail, leur propre équilibre, et une qualité de vie (y compris pour leurs proches), dont l'importance n'est pas à sous-estimer non plus dans les motifs de cessation de l'activité libérale.

2.3 Ce qui divise les médecins généralistes

Au travers de l'analyse des réponses aux questions finales : « Qu'est ce qui finalement vous a conduit à cesser l'exercice de la médecine générale ? Comment s'est déroulé votre départ ? », d'autres motifs apparaissent, ainsi que d'autres facteurs influençant les carrières. Finalement, il s'agit dans cette partie de voir quels sont les points de vue et les ressentis des enquêtés sur leurs fins de carrière en médecine générale, et sur les évolutions de l'exercice.

Étant donnée la pluralité des façons d'exercer et des priorités dans le travail – déjà décelable dans les variations individuelles des pratiques –, l'objectif est de pointer quelques césures importantes entre généralistes, en introduction à l'étude des motifs de cessation d'activité selon le sexe et le profil du médecin (3^{ème} partie).

- La cessation d'activité en médecine générale libérale est relative (continuum d'activité). De plus, elle est déterminée par **les « opportunités » qu'ont les médecins à tous les âges de la vie.**

Les oppositions entre les retraités et les actifs, entre les médecins reconvertis et les médecins généralistes, entre les salariés et les libéraux sont à nuancer (les catégories administratives ont des limites).

- Ainsi, non seulement des retraités ont poursuivi une petite activité, parfois bénévolement⁷⁸, mais des reconversions sont aussi considérées par des médecins actifs comme la prolongation, voire l'accomplissement de leur ancienne activité (les changements de secteur d'exercice permettent aussi de « mieux » remplir leur rôle de médecin généraliste : de faire de la « prévention », de la « santé publique », de la « médecine globale », de l'« accompagnement aux soins », de « vraiment prendre soin », de faire de l'« éducation à la santé »).

Les « petites activités » exercées par des retraités sont extrêmement variées : médecine scolaire, médecine pour le permis de conduire, présidence de conseils d'administration en maison de retraite, etc. Une fois de plus, les niveaux de rémunération sont secondaires : le « plaisir », le désir d'être « encore utile », de « s'occuper jusqu'à la fin de la santé », ou d'être encore reconnu sont déterminants.

De plus, pour des médecins reconvertis comme pour des enquêtés ayant cessé toute activité, l'avenir n'est pas fixé...

« J'ai l'impression que je suis toujours au boulot ! » « Je continue au niveau du CODERPA d'E. (région) le travail que j'ai fait pendant 35 ans (...) - ça, c'est un autre projet que j'ai avec mon fils : c'est la création d'un site Internet à destination des géiatres et des médecins généralistes si ça vous intéresse. » (médecins retraités⁷⁹) « On peut dire que la médecine du travail est une médecine plus générale que la médecine générale (...). D'ailleurs, je n'ai jamais trouvé autant de débouchés à tout ce que je savais faire, et à tout ce que j'avais envie de créer qu'ici. »

« Je n'ai pas exclu de retourner un jour en ville. » « Je ne sais pas ce que je ferai à long terme, est-ce que je n'y retournerai pas de nouveau ? » « Mais ce n'est pas un choix définitif. »

(actifs reconvertis, médecin ayant cessé d'exercer)

En effet, « la chance », le hasard, « des opportunités » jalonnent en fait l'ensemble de la carrière des enquêtés. Au sein des réseaux médicaux, les rencontres et les échanges d'informations sur des postes jouent un rôle important durant les études, l'installation, mais aussi lors des reconversions, et après la retraite (petites activités).

« Si j'ai de la chance, je retrouverai une autre activité. » « J'adorais ce boulot parce que je trouve que la médecine générale est d'une vraie grande richesse, mais je l'ai écarté parce qu'aussi j'ai eu une opportunité. » « L'avenir ? Tout dépend de ce qu'on me propose. » « (La géiatrie), c'est un hasard. En fait, je faisais beaucoup de gynécologie et de pédiatrie. Il y avait un poste, on me l'a proposé. » « Ce qui a été peut-être un peu une opportunité pour ces jeunes médecins qui se sont installés, c'est le développement du centre de santé sur lequel on a recruté (...), ça permet aux généralistes de ne consulter que sur rendez-vous, de n'absorber aucune urgence. »

⁷⁸ Les médecins se caractérisent déjà par un fort investissement dans des activités bénévoles durant l'activité (associations humanitaires, culturelles ou caritatives). De plus, la volonté des retraités de conserver un rôle d'acteurs sociaux à part entière est une tendance générale en France (Marmier, 2000).

⁷⁹ Des retraités « tardifs » ou précoces ne se considèrent pas comme tels (la limite d'âge des 65 ans n'a pas forcément de sens dans la profession).

L'importance de préparer sa retraite, particulièrement pour les médecins hyperactifs

Les retraités hyperactifs ont surtout témoigné de difficultés à mettre un terme à leurs rythmes de travail très soutenus.

« Il y a eu des cauchemars la nuit : je ne savais pas s'il fallait que je reparte le matin (ton bas), et puis, et puis le sentiment de culpabilité ! (ton haut et répété) Du jour au lendemain, je ne travaille pas et puis il est 8 heures, je ne vais pas travailler, alors que les gens s'en vont travailler ! (sourire) Cela était arrivé aussi les premières fois où j'ai (commencé à ne) pas travailler le samedi après-midi (...).

- Et est-ce que vous avez des confrères qui ont cessé, et peut-être à quel âge et pourquoi ?

Non. Alors j'ai connu des confrères qui ont pris le MICA, et cela s'est mal passé... parce que je crois qu'ils n'avaient pas préparé leur retraite. Tandis que moi, j'avais quand même diminué un peu progressivement puisque mon fils était là, et puis est-ce que véritablement j'ai arrêté ? Pff ! Je n'en sais rien. Je ne crois pas puisque je refais des remplacements de temps en temps... Et j'ai constaté que mis à la retraite du jour au lendemain comme cela, le médecin à l'impression de n'être plus rien... (silence)

- Surtout s'ils n'ont pas trouvé quelqu'un pour reprendre leur cabinet, leur clientèle ?

Oui. Donc, j'ai un confrère de la même année à L., qui est dans les mêmes conditions : c'est son fils qui a repris. Il fait la même chose : il remplace de temps en temps, et puis je trouve qu'il est bien dans sa retraite. Il ne se sent pas exclu. Parce que quand vous menez une vie active comme cela, et que du jour au lendemain vous ne voyez plus personne, vous avez l'impression effectivement que vous ne servez plus à rien – on ne sert plus à rien d'ailleurs. Et l'un de mes confrères – oui, on était amis -, il s'est suicidé parce que... après 2 ans de MICA. Cela nous a..., ça nous a choqués... Mais je lui avais dit de ne pas faire le MICA : il travaillait pas mal. Mais il était à la campagne et puis heu, bah heu... Il n'a pas trouvé d'occupations – sans doute hein, je ne sais pas (ton bas). »

- De même, des médecins libéraux sont également salariés (exercice mixte, « double casquette ») ou sont quasiment des spécialistes⁸⁰, ce qui joue plutôt en faveur des prolongations d'exercice. En effet, les « spécialisations » et les statuts multiples sont des moyens d'enrichissement personnel en cours de carrière et une fois retraité, mais aussi des voies potentielles de reconversion pour les actifs.

« J'ai toujours été salariée (...), avec le confort d'une feuille de paye, et des revenus réguliers en parallèle. Et ça, j'ai toujours été vigilante en me disant : 'quand même la retraite, les arrêts maladies machin, il vaut mieux avoir un pied dans chaque registre' (...). J'ai gardé une dizaine de patients en thérapie⁸¹ (...). Si jamais ils me font chier à l'hôpital, eh bien je pose une plaque comme thérapeute à H., ou comme psychiatre, et puis j'aurais aussi comme ça un petit truc qui vivote. C'est une façon d'être libre. »

Certaines des « spécialités » exercées sont aux « limites officielles » de la médecine générale (acupuncture, diagnostics par le pouls, « manipulations », phytothérapie, médecine thermale, etc.). Elles reflètent alors le plus souvent la conception de la « vraie », de la « véritable » médecine de chaque praticien.

- Enfin, les enquêtés sont également nombreux à exercer ou à avoir exercé d'autres fonctions en dehors de leurs activités strictement médicales. Parfois, ils cumulent plusieurs mandats ou fonctions⁸² : formation médicale continue, mandat d'élu, association humanitaire, action syndicale, etc. Cela joue également un rôle majeur dans la décision de prolonger ou de cesser précocement l'exercice de la médecine générale libérale (voir 3^{ème} partie, 3.1).
- Les décisions de partir ou non (à la retraite, vers un autre mode d'exercice) des enquêtés ne sont pas indépendantes de l'arrivée d'un successeur, mais si les enjeux de la transmission sont les mêmes pour tous les médecins généralistes, tous ne la vivent pas pour autant de la même façon. L'arrivée d'un successeur est en effet une autre opportunité qui joue également dans les deux sens : prolongation de la période d'activité pour l'attendre ou au contraire départ anticipé quand il se présente plus tôt que prévu.

⁸⁰ Après avoir suivi des stages hospitaliers ou des formations, ils exercent une « spécialité » (phlébologie, allergologie, pneumologie, soins palliatifs, médecine sportive, expertise – pour les assurances –, etc.) en plus de la médecine générale ou après avoir cessé leur activité.

⁸¹ « Ça fait 1 000 euros par semaine, mais heu, je le fais pas pour ça, je le fais parce que ça me fait plaisir. »

⁸² Ce qui confirme les résultats d'autres études : un médecin sur deux a eu de telles activités, d'après les résultats d'un questionnaire envoyé à 260 médecins retraités en Bretagne en 2002.

Toutefois, il arrive, lorsque les conditions d'exercice sont pénibles, que des médecins cessent leur activité sans attendre d'avoir trouvé un successeur.

- Trouver un successeur fait partie des bonheurs de la fin de carrière des retraités (c'est « *la plus grande joie que j'ai eue depuis ma retraite* », « *la chance inespérée* ») et compense en partie l'arrêt d'activité.

« C'est vrai que je pensais que ça serait dur. Mais j'ai eu la chance de trouver quelqu'un, donc j'ai dit : 'bon, puisqu'il est là et qu'il peut prendre la relève, c'est jouable' (...). Et puis maintenant, je me rends compte au bout de 8 mois, quand on en parle tous les deux, bon, non seulement il connaît les familles, mais il connaît les prénoms, il connaît les pathologies - enfin pour moi, c'est très agréable, hein. »

Cependant, l'absence du successeur est souvent compensée par le fait de continuer à exercer bénévolement chez les retraités (ou de s'investir dans une « nouvelle » activité chez les médecins reconvertis).

« C'est très passionnant si vous voulez, et ça aussi c'est le regret d'arrêter. Mais comme moi je suis un militant associatif très important, cette occupation me prend tellement ma motivation que mon regret est très vite estompé. » « Je fais quand même encore un petit quelque chose (affirmé). Si vraiment j'avais cessé totalement, peut-être que ça m'aurait manqué, oui, effectivement. »

- Chez les médecins reconvertis, la culpabilité et le regret de laisser leurs patients sont finalement peu importants.

Ces médecins ont d'autres possibilités de « se rendre utiles » (à d'autres patients, à un groupe). En outre, la fermeture du cabinet répond à une nécessité : il faut tourner la page car l'exercice libéral est devenu trop lourd.

« Ce n'était pas du tout un moment heureux parce que j'étais très très attaché à mes patients, à ma secrétaire (et puis, par rapport à tout ce qui m'était arrivé), je me suis dit : 'là ça va, il faut peut-être passer à autre chose. Et puis je pense que ça me pesait aussi parce que..., pour pleins d'autres raisons (...). J'étais arrivé à un truc où il fallait que ça change (...) - en fait, ça faisait longtemps que j'y pensais, voilà (...). Et puis finalement il y avait un associé - un mec du coin qui était installé dans un endroit tout pourri -, ça lui a plu, et 3 jours après il a dit : 'OK', et donc voilà, j'ai pu partir... C'était quand même une délivrance. Enfin, le dernier soir, j'ai fini à 23 heures, j'ai pris mon petit carton - là, comme dans les films américains-, j'ai mis mes petites affaires dedans dans mon bureau, ouais, je crois que je ne pleure pas souvent, mais là j'étais en larmes, ouais (encore ému). »

« Le samedi 23 octobre 2004 à midi, j'ai deux personnes qui sont venues me voir seulement, qui étaient de bons copains (des patients) - il y en a un qui a apporté une bouteille de Champagne, l'autre a apporté les trois verres -, et on a on a arrosé ça... Et on s'est quittés sans tristesse (2 ans plus tard, le local est toujours vacant, et la plaque restée en l'état) (...). Maintenant, j'ai de la colère devant tout ce gâchis de bonne volonté, mais pas d'amertume... Si c'était à refaire, je ne recommencerais pas : c'est déjà derrière moi, consommé, je ne voudrais pas revivre cette expérience. »

« Je croyais que j'allais culpabiliser, souffrir, mais je n'y ai même pas pensé une minute, une seconde. C'est surprenant. Pourtant, il y avait des patients avec qui j'étais proche. C'est surprenant pour quelqu'un qui avait la vocation. À aucun moment j'ai eu des regrets : j'avais attendu tellement, j'étais mûr (pour changer)⁸³. « La dernière année - et Dieu sait si j'aimais faire ce métier -, je n'étais plus motivé, je n'avais plus d'émotions même auprès de familles avec qui j'avais tissé tant de liens : j'étais carbonisé. Donc j'ai tiré un trait sur ces 12 années de soins... »

Ce sont plutôt pour certains enquêtés le fait d'avoir dû « abandonner » leur(s) associé(s) « *dans la merde* » ou laisser leur secrétaire entre de mauvaises mains (celles d'associés) ainsi que les difficultés administratives et financières qui ont fait suite à leurs reconversions qui ont été soulignées.

⁸³ Certains salariés regrettent plutôt leur ancien pouvoir de prescription.

« J'ai vu partir en MICA trois médecins fatigués, passionnés par leur boulot. D'ailleurs 3 ou 4 ans après, ils continuaient à venir à la FMC (formation médicale continue), et c'étaient même les plus assidus à venir (...). Ils ont longtemps hésité. Ils n'étaient pas immoraux, mais ils m'ont dit : 'on a sauté sur l'occasion' - c'était deux associés, ils étaient trois médecins, et ils ont mis un an, un an et demi à prendre la retraite. »

« J'ai perdu 40 % de ce que je gagnais avant... J'avais retapé un manoir, acheté pas cher car il y avait plein de travaux à faire, que j'ai faits... Je regrette ma grande maison, que j'ai vendue contre un T5 ici à B... Plus les dettes d'avant, cela a été violent financièrement. Parce que c'est plus facile de s'installer en cabinet que de partir : quand on part, on a un an à un an et demi de paperasses, de lettres recommandées (leitmotiv). »

- Mais les enjeux de la passation du cabinet sont moins d'ordre financier que d'ordre symbolique : avec ou sans successeur (et rachat de clientèle), l'important est surtout de s'assurer qu'une partie des anciens patients sera entre de bonnes mains. Cette façon de voir les choses explique certains choix et certaines stratégies.

« Il y a quelques années, il y a des médecins qui vendaient leur cabinet une demi-annuité, c'est-à-dire que s'ils avaient gagné 200 millions de centimes l'an, ils vendaient leur cabinet 100 millions de centimes. Bon c'est vrai que maintenant, heu moi j'ai fait payer mes frais plus ou moins, et c'est vrai que ma clientèle a été un don. Bah, je suis bien content que quelqu'un la prenne en charge... » « C'est vrai que les cabinets ne se vendent plus maintenant. (Mais) les gros bazars bien placés, ça se vend encore (parce que c'est un démarrage assuré, garanti). Et dans le fond, c'est un petit peu ridicule, hein : il suffit de s'installer en face (pour ne pas avoir à racheter une clientèle) » (ce que cet enquêté a fait, le maire lui ayant fourni un local)

« C'était important de laisser ma clientèle à un jeune médecin qui pouvait quand même continuer à les soigner. » « Le problème n'est pas tellement financier – puisqu'on le lui a cédé (le cabinet et la clientèle) pour pas grand chose -, mais c'est surtout que quand on a des milliers de dossiers, des tas de gens comme ça, c'est très très délicat de leur dire heu : 'bon, eh bien on vous laisse en plan, et puis vous vous débrouillez !' » « J'ai dit à mes patients : 'écoutez, vous avez le choix, soit vous continuez à venir ici - et puis mon associé se fera un plaisir de vous voir -, soit vous allez ailleurs, et à ce moment-là, les dossiers que j'ai sont à votre disposition et il suffira de venir les chercher. Moyennant quoi, la majorité est restée bien sûr - il y en a qui sont partis parce qu'ils venaient que parce que c'était moi (...). J'ai vendu ma clientèle à ce cabinet de médecins qui (avaient) un peu comme moi la même façon de prendre la clientèle, d'être avec les clients : c'est très très important ça (bis). Si on ne veut pas qu'il y ait de déperdition de clientèle (...), on ne peut pas passer d'un style à un autre. »

« Je suis parti la conscience tranquille : j'avais remis les dossiers à mes patients, je les avais guidés par rapport à des médecins qui pourraient le mieux leur convenir. » « J'ai mis au courant mes malades 6 mois avant : 5-6 mois avant, ils étaient avertis et j'ai remis les dossiers, au fur et à mesure, mais c'était personnel, c'était à chaque fois un contact personnel (scandé). Chaque fois qu'ils venaient, on voyait les papiers, (...) et je leur demandais : 'm'autorisez-vous à prendre la retraite ?' (rires), et la majeure partie disait oui. »

- Cependant, d'une part, des changements sociaux (par exemple la revendication d'un temps de travail plus court) se produisent, et d'autre part, les pratiques sont personnelles et les priorités dans le travail diffèrent d'un médecin à l'autre, ce qui entraîne des départs et des arrivées de nouveaux patients (même quand le cabinet a été repris par un enfant du médecin en place⁸⁴).

Autrement dit, à chaque changement de praticien, « la roue tourne » (nouveaux ajustements, changements d'orientations du médecin ou changement des profils de la clientèle) : les retraités, comme les reconvertis, ne sont jamais assurés de ce que deviendra leur « bébé » – d'où des regrets et des critiques du successeur, comme de remplaçants ou d'associés (abus financiers, conflits de pratiques⁸⁵).

« Ce ne sont pas du tout les mêmes personnalités, les mêmes projets de vie (...). (Cela) ne correspondait pas du tout au profil de la clientèle que moi j'avais cédée. Moi j'étais disponible sur tout ce qui était appels

⁸⁴ Dans l'étude, les passations familiales ont entraîné dans deux cas des changements radicaux et dans deux cas la reproduction à l'identique des orientations de travail (jusqu'à la préservation de fichiers papiers, voir encadré en annexe : « tel père, tel fils »), ce qui pourrait être cependant provisoire (une stratégie en attendant d'exercer à sa manière (voir encadré « réussir en rural, c'est possible », 3^{ème} partie, 1. B).

⁸⁵ Voir encadré « Mon associé m'a bousillé ma carrière », 3.2.

téléphoniques, et je répondais à toutes les urgences et à toutes les demandes de rendez-vous – et que ça soit sous forme de conseils téléphoniques, ou... Elles (mes successeurs) ont arrêté les conseils téléphoniques par exemple. Elles sont passées par le secrétariat (qui répondait) : 'le médecin vous rappellera', et elles rappelaient trois jours après ! Donc moi, j'ai eu beaucoup de retours négatifs des gens qui m'alpagaient en disant : 'Eh docteur, ça ne va pas du tout' (...). Moi, les échos que j'ai eus à l'époque, c'est : 'eh bien on est venus dans la salle d'attente et on s'est faits jeter. On n'arrive pas à les joindre. Mon bébé avait 40 de fièvre, on n'arrivait pas à les joindre, vous vous rendez-compte, c'est pas normal'. »

- Les retraités précoces et la plupart des reconvertis n'ont pas trop cherché ou n'ont pas espéré trouver un successeur. Leur clientèle était en effet devenue trop petite (peu rentable), ou trop lourde à gérer (pas de bénéfices financiers attendus).

Autrement dit, les possibilités de vente du cabinet n'ont pas motivé la cessation d'activité.

Ce sont pourtant sur ces sujets (possibilités de vente, niveau du chiffre d'affaires) – et souvent hors enregistrement –, que des césures sont apparues entre les médecins interrogés, en ce qui concerne leur conception de la qualité des soins, et ce malgré des consensus sur les modèles et contre-modèles professionnels.

- **Des conceptions de qualité des soins différentes sont à la source d'autres motifs de cessation**

Tous les médecins s'accordent sur la description du contre-modèle du « bon médecin » : le « mauvais médecin » est uniquement intéressé par l'argent, multiplie les actes, fait de « l'abattage ». Cependant, on trouve ce médecin-type dans toutes les générations : au fil des discussions, presque tous les enquêtés ont cité des exemples de « mauvais médecins » parmi leurs connaissances (ce qui confirme l'existence de motivations financières dans la profession – voir encadré ci-dessous). Cependant, des désaccords profonds sur ce qu'il convient de considérer comme de la « médecine de qualité » opposent les enquêtés.

Un bourreau de travail, qui fait du chiffre mais qui travaille bien

« Dans la région ici, il y a un médecin qui se fait toujours contrôler par la Caisse, parce qu'ils ne comprennent pas (ton un peu véhément) – ils ne comprennent rien, ce n'est pas difficile –, ils ne comprennent pas qu'il puisse travailler autant, c'est-à-dire qu'on l'accuse de faire des visites et des consultations non justifiées, alors que c'est un médecin qui travaille très bien, vraiment très très bien, qui est plus qu'adoré par ses patients. Simplement, il travaille de 6 heures du matin à minuit, tous les jours ; il ne prend pas de samedis et de dimanches, il n'est jamais parti en vacances depuis 30 ans. Et il fait bien sûr des recettes colossales pour un médecin généraliste. Mais alors il y a des enquêtes qui ont été faites par la Caisse pour essayer de le foutre par terre, et ils n'ont jamais pu (rien) prouver (...).

- Et il a quel âge ?

Il est quand même un peu plus jeune que moi (cherche), il doit avoir entre 40 et 50 ans, hein. Oui, je crois, une cinquantaine.

Et c'est quelqu'un qui est passionné par son travail, c'est cela ?

Je ne suis pas certain que ce soit une passion : à ce stade-là, c'est plutôt une maladie, à mon avis. Ou alors si c'est une passion... - m'enfin il faut être givré complètement, hein ! Je regrette, mais... (rires) Enfin, je plains sa femme et ses enfants, hein... Alors, ceci dit, quand ils vont hériter, ils vont avoir..., je pense qu'il va y avoir de la galette (rire). Mais enfin, j'avoue que quand même, c'est assez spectaculaire (...). Et ils n'ont jamais trouvé quelqu'un (pour témoigner qu'il abusait). Alors que vous savez, 80 % des médecins peuvent très bien dire : 'allez, bon, c'est pour une récurrence, tu prends ça, tu continues à prendre ça', et au revoir Monsieur-dame. Cela se fait couramment, sans examens, mais pas sans recette, hein - il ne faut pas l'oublier, quand même. Donc, c'est un gars qui travaille de façon remarquable, mais c'est un fou furieux ! Celui-là on devrait le mettre dans un bocal pour de bon, hein. »

- Le système du paiement à l'acte (qui (a) fait vivre les uns, mais pas les autres) est l'objet d'opinions très contrastées qui reflètent l'idée que se font chacun des médecins sur « la bonne médecine »⁸⁶. Ce système n'est pas seulement critiqué par les enquêtés qui ont eu des difficultés économiques. **Des médecins reconvertis, des retraités précoces et des retraités tardifs**

⁸⁶ Voir 3.3 B. A ce sujet : Daneault, 2006, Haxaire. (Certains chercheurs pensent que le fait de mettre en avant des problèmes financiers – ou de remettre en cause le système du paiement à l'acte - cache d'autres problèmes plus profonds : « ne pas savoir gérer la relation », « se laisser absorber ».)

condamnent ou déplorent la « course aux actes » qu'il entraîne « au dépend de la qualité du travail en médecine générale ». Autrement dit, ce sont les dérives financières de la médecine en général qui ont été l'un de leurs principaux motifs de cessation.

« Mais vous pouvez leur dire : ce qui tue la médecine, c'est que les médecins travaillent avec une fourche dans le dos. Ils travaillent au rendement, et s'ils veulent maintenir un certain niveau de vie, ils sont obligés de multiplier les actes. » « Il faut dire que c'est quand même devenu un commerce, hein. »

- De la même façon, la fin des visites à domicile est l'objet de débats : elle risque d'entraîner une moindre qualité des soins⁸⁷. Cette évolution est l'occasion de critiques des anciennes générations quant à la moindre « disponibilité » des jeunes générations. (« Ils (les jeunes) n'ont pas envie de se casser la tête à courir, à monter les escaliers, à recevoir n'importe quoi, et c'est tellement plus facile de recevoir dans un bureau bien tranquillement des gens qui n'attendent pas, qui ne s'énervent pas, sur rendez-vous fixes, etc. » « C'est uniquement pour leur confort personnel. ») Or, à y regarder de plus près, ce qui distingue les médecins enquêtés, c'est plutôt le refus, ou au contraire l'acceptation d'être des prestataires de services (ce qui va de pair avec des désaccords sur la notion d'urgence).

Autrement dit, pour certains enquêtés, « la médecine générale à heures fixes n'est pas possible » (elle nécessite l'organisation de consultations libres, de visites ou de gardes, des conseils au téléphone), « car on ne sait jamais », « c'est toujours utile », « nécessaire », voire une obligation déontologique : « la vraie médecine générale, c'est d'être là pour le patient », « c'est une médecine de première ligne », « on est obligés de faire sa profession à 100 % », « on est là pour faire tout ce qu'on peut pour les gens ». « Comme si on pouvait prévoir une fièvre 3 jours avant ! On leur donne un rendez-vous dans les 48 heures, c'est n'importe quoi : comment est-ce qu'on peut gérer ainsi les premières demandes ?! »

« La majeure partie du temps, on est à peu près sûr de son coup, mais il y a toujours le mec qui vient à 22 heures 45 et qui a une douleur un peu bizarre dans la poitrine (...). Ou les gens perpétuellement fatigués, on ne trouve jamais rien, et à la fin on devient un peu routinier et on se dit : 'un jour, ils vont avoir un truc...' Mais on ne le verra pas, parce que n'importe comment, ça fait des années qu'ils nous emmerdent – il faut le dire - avec des trucs qui n'existent pas. »

« Ils (mes successeurs) ont pris des gens qui commencent à 9 heures, qui finissent à 19 heures... Rendez-vous à 3 semaines, débrouillez-vous ! (...) (Tandis que moi) je prenais tout ce qui venait, c'est-à-dire qu'en général, au train de 7 heures, bien il y avait les mamans qui arrivaient avec : 'mon fils a de la fièvre heu, j'ai eu mal au dos toute la journée, j'ai la chiasse', etc. ; et donc les gens arrivaient, et du coup, même si j'étais calée, j'écumais les urgences jusqu'à ce qu'il n'y en ait plus, quoi. » « Alors au début il (mon fils) m'a dit : 'ouais, ouais, moi je travaillerai sur rendez-vous !'. Et puis il se rend compte que la médecine générale, ce n'est pas de l'abnégation, mais c'est une médecine de première ligne, voilà. C'est être au premier rang, les premiers soins, les soins d'urgence. Ce ne sont pas forcément de grandes urgences mais les gens affolés, ce sont des urgences. Quand un bébé a 39 de température et une angine – bon, ce n'est pas bien méchant -, mais les parents sont affolés. C'est une urgence, et donc là du coup, on doit soigner tout le monde : on soigne l'enfant parce qu'il a son angine, et puis du coup on rassure les parents. Donc, ce sont des gens qu'on ne va pas faire attendre 3 ou 4 heures et qu'on ne va pas faire revenir le soir en disant : 'il n'y a qu'un rendez-vous à 18 heures'. Et puis de temps en temps, sur des choses qui vous paraissent toutes simples surviennent de vraies urgences ou des maladies gravissimes qui n'étaient pas évidentes (a priori). »

⁸⁷ *Constats identiques chez Peneff, op.cit.* « Dans la médecine générale de proximité, de famille, on est au plus près des gens quand même, on va chez eux, on a accès à leurs facettes, on a la double perception : on voit leurs univers - ça apporte beaucoup de voir comment les gens fonctionnent. Avec les infirmières, on est quasiment les seuls à pénétrer chez les gens – un peu les kinés mais uniquement avec certaines catégories de personnes... Les médecins vont avoir des problèmes en réduisant le nombre des visites. » « Ils ne pourront plus bien soigner ! » « Vous voyez des tas de choses que vous ne pourriez pas connaître si vous n'allez pas chez les personnes. Il y a des tas de choses qui expliquent souvent certaines pathologies, ou... Non, franchement c'est... Pour moi, je considère que la médecine générale en tant que médecin de famille, il faut aller chez la famille : si vous restez chez vous, c'est pas pareil. »

Pour d'autres enquêtés, au contraire, le point de vue strictement médical ou professionnel prime : les visites ou les gardes sont jugées globalement « abusives » ou « de complaisance » (participant à des abus financiers ou à remettre en cause la qualité de vie du médecin).

« Je veux quand même avoir une vie décente, je veux... et je considère qu'aller faire une visite à domicile pour un enfant qui n'a rien, pour un malade qui a un petit peu mal au dos mais qui peut se déplacer... Je préfère qu'ils viennent au cabinet. »

En dehors de la qualité des soins, qu'est-ce qui motive à faire, puis à ne plus faire de visites ?

Parmi les médecins rencontrés dans le cadre de cette étude, les visites font l'objet de discours très radicaux : *« les gardes de médecine générale ne servent à rien, sinon à induire des consommations de soins illégitimes (...). Et puis on peut être professionnel 40 heures par semaine, mais pas 80 heures par semaine (...). Mais pour des raisons commerciales, vous avez celui qui est en face (de votre cabinet) qui accepte de prendre tout et n'importe quoi. »*

Cependant la réalité est souvent plus complexe :

« Je reste localement un des médecins qui fait le plus de visites (...), c'est peut-être parce que je ne sais pas trop dire non. » (actif, 43 ans)

« Des fois, ils (les patients) disent : 'j'ai un peu mal à l'estomac', et il se trouve que c'est un infarctus (...). Donc on a toujours cette angoisse-là : ça dépend aussi du niveau d'angoisse que l'on a... Puis c'est vrai qu'une fois qu'on a une bonne relation avec ses patients, on n'a pas envie de risquer de passer à côté de quelque chose. Il y a aussi la judiciarisation de la médecine : cela aussi, c'est un facteur important qui fait qu'on a toujours un peu peur d'être heu... d'être condamnable. » (médecins reconvertis)

« C'est comme les gardes, les gens ont moins appelé d'eux-mêmes – surtout à partir du moment où cela leur a coûté plus cher. » *« Vers les années 72 je crois est apparue une surtaxe pour le travail de nuit (...): en l'espace de 2 ou 3 mois, les visites de nuit sont devenues beaucoup plus rares. »* *« La Sécurité sociale ne rembourse plus les visites, et bien ils se déplacent, à l'américaine. Et moi j'ai vu des gens en 2003 qui se déplaçaient avec 40 de fièvre, hein (...). C'est étonnant : le pouvoir des puissances du pays est extraordinaire parce que l'on tient les gens par le remboursement (...)⁸⁸. Les machins, les astreintes, les gardes - de toute façon les gardes c'était déjà dur à avoir -, c'est très bien : il y a le 15. »*

« Il y a une autre chose aussi qui est importante : il y a 40 ans, il n'y avait pas autant de voitures, le niveau de vie à la campagne n'était pas aussi élevé que cela, c'était aussi un peu une obligation les visites, hein. » (retraités tardifs)

Enfin, les visites ou consultations sans rendez-vous sont parfois imposées par les patients.

- Les médecins enquêtés ont des notions nettement différenciées de l'urgence (de la contrainte et de la responsabilité au travail⁸⁹). En conséquence, la disponibilité auprès des patients est donc plus ou moins considérée comme « normale » (voire motivante) ou « anormale ». Autrement dit, si tous les enquêtés ont travaillé sur des plages horaires importantes, ils l'ont plus ou moins bien assumé (et cela ne dépend pas forcément de l'âge – du moins dans cette étude).

Certains médecins acceptent ou considèrent comme « inévitable » d'avoir une vie de famille réduite, « sacrifiée » ou même « inexistante », au contraire d'autres (une partie des actifs reconvertis de cette étude) pour lesquels cette situation est même l'un des motifs majeurs de cessation d'activité⁹⁰.

« À l'époque c'était comme ça », « c'était naturel ». « (La médecine) m'a beaucoup bouffé la vie, mais c'est comme ça, c'était mon choix, je ne regrette rien (...). Surtout à la campagne, on est médecin plus qu'autre chose. » *« Je n'ai toujours vu que la fin de films, mais ce n'est pas grave. »*

« Je crois que si on veut vraiment faire de la médecine générale, on est obligé de tirer un trait sur beaucoup de choses : c'est ou l'un, ou l'autre, mais on ne peut pas faire les deux... La vraie médecine générale, c'est d'être là pour le patient. Point. N'en déplaise à la femme, n'en déplaise aux enfants, voilà. Ou c'est tout pour les patients, ou alors on fait autre chose. »

« J'admets maintenant que la médecine générale est incompatible avec une vie de famille. »

« C'était devenu impossible : n'avoir aucune vie de famille, les enfants qui partaient à la dérive. »

⁸⁸ Même constat des médecins pratiquant la médecine douce, souvent très en colère.

⁸⁹ *« Il faut que le patient sorte du cabinet médical, même si c'est un renouvellement d'une ordonnance, confiant, souriant (scandé), apaisé, apaisé voilà – ça c'est, ça c'est essentiel pour moi, hein personnellement. »*

⁹⁰ Notamment les femmes médecins : voir 3.3 A.

• Les réactions face aux réformes gouvernementales : des indicateurs précieux de la diversité médicale

Globalement, ce sont plutôt les aspects paradoxaux des différentes mesures qui sont critiqués (changement radical d'orientation des politiques de retraite). Cependant, elles font également l'objet d'opinions contrastées : les bénéficiaires en sont satisfaits, les médecins épuisés ou qui connaissent des confrères dans le même cas sont franchement réfractaires aux dernières propositions gouvernementales en faveur de la prolongation d'exercice : « *C'est une génération qui est en train de partir. Ceux qui ont 55 ans aujourd'hui (médecin reconverti tapant sur son bureau), ils sont sur les dents ! Ils sont en train de faire du compte à rebours : on va pas les pousser après 65 ans !!* » « *Encourager les gens qui ont 65 ans aujourd'hui à aller plus loin ?! Ils n'ont qu'une envie, c'est de se barrer déjà depuis 10 ans (rires) - mais vous rigolez, hein ?* »

Ces refus ou critiques ont pour fondements trois motifs principaux :

- Ces mesures sont en contradiction avec les tendances sociologiques actuelles : « *On commence à exercer de plus en plus tard, et on part de plus en plus tôt.* » (actif).

- Quels que soient les âges, les enquêtés ne voient pas d'intérêt à « devoir malgré tout faire fonctionner financièrement un cabinet », « à moins travailler tout en ayant les mêmes charges financières ».

« *Le problème qui se pose, c'est un problème de rentabilité.* » « *On paie la taxe professionnelle, on paie les assurances : finalement, ce n'est pas intéressant du tout (...). Alors je sais que j'ai lu qu'on assouplissait la chose, en particulier la taxe professionnelle.* » « *Pour travailler à mi-temps, ça pose un problème financier : les cotisations Carmf sont élevées, donc il faut avoir un revenu supérieur...* »

- De plus, des enquêtés refusent l'idée du temps partiel non choisi⁹¹ ou il leur semble difficile en médecine générale de « limiter les actes », ou de « garder uniquement certains patients » (« on ne peut pas refuser des gens »), ou d'« avoir des patients inconnus », et surtout de s'investir « à moitié », de partager des clientèles (l'activité libérale en cabinet comme en clinique doit être totale, selon une logique « du tout ou du rien », selon Lustman). « *Un cabinet, ce n'est pas quelque chose qu'on peut partager comme un commerce de jouets ! Donc, ce n'est pas vraiment satisfaisant : si on n'exerce que le matin, et que l'après-midi on fait du ping-pong, les clients appellent, on n'est pas là : c'est quelqu'un d'autre qui va s'en charger, qui va modifier le traitement thérapeutique et je n'arriverais plus à dominer mon problème.* »

Concernant le MICA, des enquêtés ont reproché à ce dispositif d'avoir aggravé la situation de la démographie médicale, déjà dégradée par le vieillissement des médecins concomitant au resserrement du numerus clausus, qui se produisent alors que les besoins sont grandissants dans une population de plus en plus âgée. De plus, certains lui reprochent de ne pas prendre non plus en compte d'autres phénomènes sociologiques : « *J'annonçais déjà dans les années 80, je disais déjà : 'la féminisation va poser problème à la fois en termes de type d'activité – enfin dans la façon d'exercer, l'activité elle-même -, et donc il faut maintenir un nombre suffisant d'entrées !'. Et (rires), quand Juppé en 80 – je sais plus en 94 ou 95 - dit : 'il faut foutre les vieux au rencard.' (rires), j'ai pensé, bon : 'allez Tchao !'* ». Globalement, les médecins sont persuadés que cette mesure visait « uniquement à baisser le trou de la Sécurité sociale ». L'« équation (serait) toute simple : c'est-à-dire que si la Sécurité sociale est en déficit, c'est que les médecins prescrivent trop. Si on arrive à éliminer 10 % des médecins, on résout le problème du déficit de la Sécurité sociale. (...) Et ça n'a pas marché : le déficit de la Sécurité sociale a continué de plus belle. Mais par contre, ça a amené au fait qu'il y a un déficit en médecins – voilà. On a fait partir à cause de tout cela – de petits calculs et de gros calculs faux -, tout un ensemble de médecins, et qui en plus étaient des gens qui avaient la compétence : qui exerçaient depuis des décennies. »

⁹¹ Également souligné par des enquêtés de la 2^{ème} équipe, et qui va de pair avec l'opposition à toute obligation (par exemple : « *On m'a proposé pour des remplacements – j'avais trouvé à T. -, mais le problème c'était de payer les cotisations à plein pot : je ne veux pas être obligé de faire 6 mois de remplacements pour que ça soit rentable, je ne peux pas travailler à perte non plus.* »).

Ils déplorent le départ de médecins encore jeunes et compétents (« *un gâchis humain* »). Les enquêtés rencontrés dans le cadre de cette étude qui ont bénéficié du MICA sont partis à la retraite suite à des problèmes de santé ou à des problèmes économiques (« *forcés* », par défaut).

« *Il était arrivé à un tel degré de fatigue que... - le MICA était en place depuis 2 ou 3 ans quand il a pris la perche au vol - il a dit : 'bon je m'arrête, je n'en peux plus.' (...) Il était absolument crevé.* » (conjointe)

- Il y a eu le MICA à un moment – qu'est-ce que vous avez fait à l'époque ? - « *Bien, j'ai pris une machine à calculer (rires), et je me suis dit qu'il fallait être fou pour prendre le MICA : ce n'était pas rentable, non. Alors certains de mes confrères ont été intéressés par la somme qui était donnée d'emblée – je crois qu'ils touchaient 200 000 francs les premières années, et donc cela les intéressait, mais moi je travaillais beaucoup – j'allais dire presque dans la joie durant les 15 dernières années (...). Je crois que cela a intéressé plutôt les médecins qui ont vu leur clientèle diminuer, mais comme la mienne était toujours en progression...* »

- Enfin, l'étude souligne **d'autres césures fondamentales** en médecine générale (encore une fois, elles dépassent les clivages entre anciennes ou nouvelles générations, hommes et femmes, lieux d'exercice, etc.) **en ce qui concerne la notion de prestige, plus ou moins essentielle selon les enquêtés (la perte du prestige lié à leur métier a participé au départ de certains d'entre eux).**

Au moins deux sujets abordés spontanément au cours des conversations avec les généralistes éclairent parfaitement l'importance plus ou moins grande du prestige pour les médecins : les opinions concernant les CMU, et le rôle des secrétaires dans les cabinets.

- Concernant les bénéficiaires de la CMU, les discours des médecins sont très variables : la CMU est perçue tantôt comme l'honneur et tantôt comme le déshonneur du médecin généraliste.

« *Ce n'est pas uniquement un problème de paperasse, et puis maintenant on est remboursés plus vite⁹², c'est une histoire de reconnaissance - comment dire ? – il s'agit de ne pas se retrouver à perdre la face dans une banlieue pourrie devant des clients qu'on n'a même pas choisi de soigner, car c'est vraiment pas valorisant après tant d'années d'études.* »

Comme sur les sujets des procès et des urgences, les discours des enquêtés varient selon qu'il s'agit de défendre la profession ou d'expliquer des difficultés d'exercice : être obligé de prendre en charge des problèmes sociaux imposés par des patients étrangers est contraire à l'idéal d'autonomie. Dans la profession, il existe en effet un idéal de charité, mais surtout un idéal de liberté du choix de ses clients (choisir sa pauvreté), d'où des refus des décisions prises à la place du médecin (d'après l'analyse de M. Lustman). Un enquêté tend à le confirmer : « *Maintenant il y a la CMU, les gens ont la carte, ils la donnent et vous êtes obligé de vous faire payer. Mais sinon il y a eu un moment de la médecine où finalement on pouvait parfaitement ne pas les faire payer... Et bon, c'était pas mal. On ne le faisait pas sans arrêt (...). Je pense qu'il y a quand même des médecins qui ont eu des parcours de saints.* »

« *Au départ, il y avait quand même un statut de notable, respecté, dans un rôle social, il y avait une parole comme cela, du médecin, et j'ai trouvé que les gens devenaient assez mal élevés quoi, avec une demande immédiate, ... avec une perte (du sens) de l'acte aussi... J'ai trouvé que par rapport à la carte Vitale, puis à la CMU... J'ai été un moment floué par les patients qui utilisaient (...) : 'Ah docteur, docteur, je vous demande une prescription car j'ai plus de suppo de Doliprane pour le petit' – 'Oui'(rires) – 'On vous donne la CMU, hein,*

⁹² A noter cependant que d'autres problèmes peuvent expliquer des refus de prise en charge : « *on a des cartes vitales CMU à 100 % - la Caisse payant tout -, mais si les cartes ne sont plus valables, on ne le voit pas toujours, et dans ce cas, la caisse ne vous paye pas - donc c'est 65 % et 35 % côté patient. On ne sait pas quand quelqu'un est passé de 100 à 65 %, et ça arrive tout le temps (...). On était toujours en train de courir après les recettes, parce que le type qui ne paye pas, on le revoit pas, vous le perdez – c'était surtout le cas des gens du voyage, qui se sont organisés. Avec eux, c'était sportif : ils font passer le gosse, l'arrière-gosse et la grand-mère morte. Donc, on perd de l'argent – du moins on a la possibilité de ne pas être payés. Le nombre de 35 % que je n'ai pas eus ! Ceci dit, on n'est pas obligés non plus de soigner les emmerdeurs.* »

docteur ?', 'Oui' (rires). Donc cela, il y en a eu beaucoup beaucoup, cela ne faisait pas plaisir, et je me suis dit : 'vraiment ils se foutent de ma gueule là'. »

« J'ai eu des prescriptions farfelues de pilules à 11 heures du soir, et puis monter 17 étages sans savoir ce que c'est, pour une affaire gynécologique avec des gens qui parlent pas bien le français. Donc tous les étages à gravir pour arriver là-haut avec une boîte de pilule à prescrire - ce n'est pas possible, ce sont des choses qui ne se font pas. Et je reconnais que le système de CMU avec une gratuité totale, c'est un abus dont ils profitent beaucoup. Et ce n'est pas bon pour les médecins et pour personne. »

« J'ai mis trop de temps pour essayer de former ma propre clientèle (10 ans) - à ce qu'ils soient relativement polis, pas trop casse-pieds. Alors je ne supportais pas, quand vous avez des gens nouveaux ou autres, qui vous..., bien qui vous maltraitent, hein. J'ai vu arriver des gens, qui avaient la carte de CMU - un type (...) qui l'a jetée sur la table comme un service à lui donner, comme, comme on... - Comme au comptoir ? - Oui voilà, c'est-à-dire : 'servez-vous, quoi'. Bon, je n'allais pas me battre avec lui - il était impressionnant. (...) Il jette la carte - ça, mes malades n'auraient jamais osé... »

« Je comprends que beaucoup de médecins - ils n'ont pas le droit de ne pas prendre les CMU -, mais ils s'arrangent pour ne pas les prendre. (...) Je pense que sur l'attribution de la CMU, il y a des abus, ce n'est pas possible (...). Donc certains médecins qui ont été abusés par des CMU n'ont qu'une envie, c'est de tout faire pour ne pas les prendre (...). Je me rappelle de 2 ou 3 cas de CMU comme cela, où j'en avais vraiment marre de la voir : c'était une dame avec son gamin - le gamin, ceci étant, étant réellement malade. Mais j'en avais quand même marre de la voir tous les jours pour passer mon temps en fait à la reconforter, ou à la machin, ou à lui redire ce que je lui avais dit la veille, etc. Elle aurait plus eu besoin elle d'un psychiatre que le gamin d'être traité, hein. »

L'évocation spontanée des CMU a été aussi l'occasion d'exprimer des positions éthiques chez d'autres enquêtés : « une partie des patients CMU sont des gens qu'on voit souvent parce qu'ils sont en mauvais état, donc ils ont besoin qu'on s'occupe d'eux. Ceux-là, en règle ou pas en règle, je les reçois. » « En médecine générale, le temps, c'est de l'argent en l'occurrence, dans cette pratique de soins à l'acte. C'est une aberration : d'où l'histoire des refus de CMU. » « Comme je leur disais parfois (à mes confrères) : il est plus courageux d'acheter un revolver et d'attaquer les banques, plutôt que de prendre une carte de CMU et de la mettre dix fois dans la machine (ton haut, en référence à des abus de médecins). Je pense qu'on peut parfaitement être honnête et bien gagner sa vie, en médecine. » « Le problème des abus de CMU, ce sont des gens, souvent des conjoints qui disent être seuls et qui travaillent tous les deux. Et puis, une fois qu'ils ont la CMU - c'est un contournement, hein, c'est une histoire d'intérêts -, ils peuvent avoir tout ce qui va avec, les aides de la mairie, du département, etc. »

- Avoir ou non un secrétariat a eu une incidence dans les motifs de cessation d'activité de certains enquêtés. Avoir un secrétariat est bien sûr un moyen d'alléger son temps de travail, mais c'est également un symbole du prestige dont jouissent les médecins.

La moitié des généralistes n'ont pas de secrétariat, par choix ou non⁹³. C'est en effet « un choix de vie » coûteux, mais assumé et basé sur un calcul, notamment chez les retraités tardifs.

« Il y a eu une augmentation des charges, oui, c'est sûr. Mais c'était un choix : c'est-à-dire nous, on n'avait pas besoin d'avoir 2 secrétaires (...). C'est un choix de vie, parce finalement on ne répond plus au téléphone, mais c'est quelque chose qui coûte, quand même. Et d'ailleurs, 5 médecins pour arriver à payer c'est nécessaire, et si on n'avait pas été remplacés, on n'aurait pas pu se payer ce standing, ce n'était pas possible. C'était un luxe, un luxe qui coûte de l'argent, mais qui est fantastique (sourire), parce qu'il y a toujours quelqu'un qui répond. Les gens viennent, il y a toujours quelqu'un qui est là, qui leur parle gentiment, qui les connaît... (...) Mais c'est vrai que ce n'est pas raisonnable. Parce que mes confrères du quartier n'avaient même pas de secrétaires, hein : certains répondaient, certains mettaient même sur leurs ordonnances leurs numéros de portables ! Moi, mon numéro de portable - bon je vous l'ai donné -, mais autrement il est strictement confidentiel, et aucun de mes clients ne l'a eu pendant des années. » « On préférerait avoir dans le cabinet deux secrétaires à mi-temps plutôt qu'une secrétaire à plein temps : cela nous coûtait moins cher. »

« On avait des secrétaires en permanence. Bon, ça amputait notre niveau de vie, mais bon... »

⁹³ Sources : HAS, *op.cit.* Y. Bourgueil, C. Cases, P. Le Fur (IRDES).

Des secrétaires, mais pour quoi faire ?

Selon les enquêtés, le rôle des secrétaires n'est pas pensé de la même façon : les secrétaires sont à la fois un « outil » et le reflet des priorités dans le travail de chaque médecin.

Pour une minorité des enquêtés ayant assumé seuls le travail administratif, les secrétaires sont « inutiles », « pas indispensables » : « elles débrouillent un peu le travail ». « Ce sont des frais déductibles, comme l'essence et dont on a d'autant le bénéfice, donc ce n'est pas un problème, surtout maintenant avec le téléphone portable : de nombreux collègues basculent leur messagerie. »

Pour une majorité, elles sont juste utiles « pour les tâches administratives ». « C'est quand même très pratique (...) : ce sont des boulots qui sont énormes, mais qui sont désagréables et inintéressants totalement. » (logique de relégation de tâches peu valorisantes). D'où leurs motivations à passer à des exercices de groupe, salariés : « l'avenir, c'est la création de centres de santé, où l'on aura des secrétaires, des infirmières à disposition (...). Mais qui va budgéter ? » « Je suis pour le salariat – c'est-à-dire continuer à exercer comme j'exerçais, mais avec un salaire-, et que l'État se charge des cabinets médicaux, des secrétaires et de tout ce qui ne nous concerne pas. » « Le médecin passe la moitié de son temps à faire du secrétariat – après 10 ans d'études, c'est stupide. Il faut que tout le monde soit regroupé avec des infirmières qui font certaines choses (...), pour soulager le médecin d'un tas de choses – et notamment de toutes les paperasseries. » « On ne peut pas avoir un bon exercice médical, si effectivement on n'a plus les moyens de faire faire ce qui n'est pas du médical par quelqu'un d'autre, hein – si le médecin devient la secrétaire et répond. » (médecins reconvertis et retraités précoces)

En cabinet, la fonction d'aide et de soutien du secrétariat - y compris économique - est reconnue par d'autres médecins :

« C'est indispensable en médecine générale » : « il faut un bon secrétariat pour pouvoir trier les demandes des patients. » « Le gros avantage d'une secrétaire, c'est qu'elle finissait par connaître les farfelus des gens valables⁹⁴. » « C'est énorme, énorme : faire patienter les patients, prendre des rendez-vous – ce n'est pas facile, surtout avec les CMU, parce qu'ils prennent des rendez-vous et ils ne viennent pas, ou ils en prennent un et ils viennent à 5. » « C'est elle qui se fait engueuler tout le temps, donc pour moi c'était un personnage, le meuble essentiel du cabinet. » (fonction de « barrage », de « tampon »)

« Quand il n'y a pas de secrétaire, il n'y a pas de malades : quand il n'y a pas un service très étoffé, eh bien la demande est moins importante. » (utilité commerciale)

Pour une autre minorité d'enquêtés, les secrétaires sont « inestimables pour l'intérêt du médecin et l'intérêt des patients » : les gens discutent avec elles, elles rassurent les patients – voire les soignent.⁹⁵ « C'est irremplaçable (bis) ! (...) Au point de vue qualité, cela apporte vraiment aux soins qu'on donne aux gens. » (qualité des soins)

Enfin, elles ont parallèlement une fonction de « soupape » pour des médecins (échanges d'émotions). « Secrétaire médicale, c'est du boulot (...). Ouff ! Il faut gérer la mauvaise humeur des médecins en plus (rires)... Ce n'est pas... (marrant pour elles) Il y a des jours où on n'est pas vraiment de bonne foi (rires). Voilà, on va le dire ! Le tout, c'est de le reconnaître (rires). »

Finalement, des patients regrettent davantage le départ de la secrétaire que du médecin, et des médecins regrettent davantage leurs anciennes secrétaires (surtout en cas de licenciement) que leurs patients et leurs associés.

« Ah ! J'avais plus confiance dans mes secrétaires que dans mes confrères ! (...) Ça n'aurait jamais pu marcher si je n'avais pas eu confiance en mes secrétaires (...). J'ai préféré foutre des gens dehors pour défendre les secrétaires. » « Ce qui m'a fait le plus mal ? C'est d'être obligé de licencier ma secrétaire. » « Je pense que beaucoup ont regretté plus la personne qui leur parlait au téléphone que moi (...), parce que depuis 25 ans, ils la connaissaient aussi, ils étaient libres avec elle. »

Au contraire, le départ de la secrétaire a parfois engendré une charge de travail supplémentaire non choisie, et a donc été dans un motif (prétexte) de cessation d'activité (perte de confort au travail, situation de burn out).

Un grave problème de santé a conduit par exemple une enquêtée à mettre fin à son association : à travailler seule en ne gardant qu'une « toute petite clientèle », et le départ de la secrétaire qui l'aidait a précipité la cessation d'activité).

⁹⁴ « C'était des filles qui avaient été bien formées, ou qui étaient en tout cas compétentes, et qui savaient que si Madame Machin venait avec sa migraine, c'était parce que son chien n'allait pas bien, et qu'elle était assez seule, donc elles taillaient une bavette avec elle au comptoir pendant 10 minutes, et puis nous, ça nous faisait une consultation de 5 minutes. Par contre, si Monsieur Truc venait et disait qu'il ne se sentait pas bien, et venait avec une douleur dans la poitrine, là elles nous le faisaient passer tout de suite. Donc c'était une espèce de gare de triage très efficace qui nous faisait gagner du temps. »

⁹⁵ « Elle rassurait les gens. Elle les recevait dans son bureau, quand il y avait un deuil un truc, un machin. » « La secrétaire le faisait beaucoup. C'est-à-dire, en fait, elle avait un lit d'examen, elle connaissait tout par cœur – c'était une quasi-infirmière – et elle préparait tout, et généralement elle avait tout bien compris, elle avait bien fait le pansement – donc c'était absolument illégal mais... » (cela existe, comme nous l'avons déjà observé, Vega, 2002-2004.)

« Je ne vous dis pas l'ambiance après 30 ans de travail dans ces conditions-là (...). On ne peut pas être à la fois en train d'écouter un patient, de l'examiner - comme ça, à fond -, et en même temps être dérangée par le téléphone (...). Quand vous avez travaillé dans des conditions confortables pendant 30 ans, la barbe quoi ! »⁹⁶

Cependant, ce sont surtout des médecins réalisant une médecine lente (« de 25 à 30 actes par jour »), en secteur 1 (moins rentable), qui n'ont pas pu garder ou avoir des secrétaires comme ils l'auraient souhaité, ce qui a nui à la qualité de leurs soins et également participé à leur reconversion.

« C'était une médecine un petit peu plus lente, qui demandait du temps, et que finalement, au bout du compte, je n'étais plus en mesure d'exercer - d'autant plus que si on voulait maintenir ce niveau-là, il fallait avoir des secrétaires à plein temps. » « On avait une secrétaire et demie en fait, donc ça couvrait tout le temps, donc cela, c'était vraiment notre profil de service à la personne : au-delà de 30 patients en médecine générale, on ne peut pas faire de la bonne médecine parce que si on ne parle pas un minimum avec la personne, si on lui dit de se déshabiller pendant qu'on regarde l'ordinateur, moi ce n'est pas la médecine que je veux faire. » « On n'avait pas les moyens de faire la médecine qu'on aurait voulu faire : dans la mesure où on faisait de la consultation assez lente, et où on prenait beaucoup de temps avec nos patients, du coup, le tiroir-caisse à la fin de la journée n'était pas très rempli... On a gardé une demi-secrétaire tout le long, alors qu'en réalité, on aurait eu deux demi-secrétaires, je pense que ça n'aurait pas été du luxe, mais financièrement on ne pouvait pas se permettre. » « Oui je suis lent, je suis lent et j'estime qu'il faut l'être, c'est un métier où il faut être lent... Ah oui, je n'étais pas riche, hein (...). Alors la secrétaire essayait toujours de m'en foutre trois par heure, mais n'importe comment, je me débrouillais toujours pour déborder. Non moi, (je prenais) une demi-heure (par patient). Mais attendez, moi, vous savez : faire un frottis sans pouvoir discuter un peu de trois ou quatre choses... Moi, sauter sur les gens, leur faire leurs examens, leur dire : 'vous allez bien ?'... Moi, cela ne m'intéressait pas du tout. C'est pour ça que j'ai arrêté, c'est le chapitre d'après... »

Les opinions concernant le rôle des secrétaires médicales sont le reflet de situations de travail très diverses selon les enquêtés, mais auxquelles la plupart de ces médecins ont également contribué. Ainsi, les plaintes concernant l'augmentation des charges administratives (ou les exigences des patients) sont surtout le fait de médecins qui se sont retrouvés dans des situations de surcharge de travail non choisies, lesquelles sont également la conséquence de leur choix de type de médecine (plus usante, moins lucrative)⁹⁷.

Résumé de la seconde partie : des choix, des stratégies, des opportunités de carrière.

Chez tous les enquêtés, l'étude montre le rôle déterminant dans les prolongements ou les cessations précoces d'activité :

- du choix définitif du lieu d'exercice,
- des stratégies de sélection de la clientèle et d'ententes médicales,
- du rôle discret de proches,
- des opportunités de carrière (choix, négociations, pressions ou imposition de changements). Ces opportunités permettent aux (anciens) médecins d'être toujours en adéquation avec leurs priorités professionnelles ou privées.

Cependant les résultats généraux font également apparaître le groupe des médecins généralistes comme un ensemble d'individus aux valeurs personnelles et professionnelles souvent antagonistes (priorité ou non de la rentabilité de la clientèle, devoir de disponibilité plutôt pour ses patients plutôt que pour soi et les siens). Les dimensions commerciales sont aussi plus ou moins assumées selon les

⁹⁶ Chez cette enquêtée, la perte de confort au travail et les difficultés à changer les habitudes de travail ont été d'autant moins acceptées que ses associés lui ont imposé le licenciement d'une secrétaire.

⁹⁷ Ce dont certains ne sont pas conscients : « au fur et à mesure que j'ai travaillé (...), je n'ai plus eu les moyens de payer une secrétaire (...). On assiste à une aberration totale : les médecins n'ont plus de secrétaire, donc ils passent la moitié de leur temps à faire des papiers. »

enquêtés – ce qui est en partie révélé par les réactions face aux mesures gouvernementales ou au système du paiement à l'acte.

Autrement dit, si tous les généralistes s'accordent sur un point : faire leur médecine (« *Je voulais vivre de mon travail, mais ce que je voulais surtout, c'était bien le faire, le faire selon l'idée que je me faisais du bon travail.* »), ils ont des visions nettement différenciées du travail, de la médecine et de leur rôle dans la société (comment être rémunéré, comment soigner mais également qui accepter de soigner, et dans quelles conditions travailler). Les revendications, mais aussi les motifs de cessation sont donc partiellement différents (3^{ème} partie, ce qui réduit la marge de manœuvre pour d'éventuelles réformes : 4^{ème} partie).

3ème partie - De multiples figures de généralistes

Dans une profession où les limites personnelles et professionnelles sont souvent difficiles à poser, quels sont donc les facteurs individuels qui ont abouti au fait de s'épanouir au travail, ou au contraire de se trouver dépassé (par l'évolution de la médecine, de sa clientèle) ou en situation de *burn out* ?

En raison du statut libéral (qui suppose le choix du lieu d'exercice, de la pratique, de l'âge de départ en retraite), mais aussi en raison du vaste champ d'activités qu'englobe la médecine générale, la troisième partie de cette étude est consacrée aux déclinaisons de la médecine générale et à ses effets sur la décision de cesser tôt ou tard son activité libérale⁹⁸. En effet, face à la diversité des témoignages, c'est moins ce qui a réellement changé dans l'exercice de la médecine générale qui semble pertinent, que le « pour qui, et pourquoi ? », car « *tout se joue sur le local* (les médecins déjà en place) *et l'orientation de chaque médecin* ».

En s'intéressant de plus près aux parcours professionnels, on constate que ce sont à la fois les désirs constamment réaffirmés d'indépendance et de plaisir dans le travail (accomplissement au travail, recherche d'une qualité de vie), mais aussi des besoins d'ordre social divers qui conditionnent de nombreuses façons d'exercer (et de changer ou de cesser l'exercice de la médecine générale). En conséquence, les motifs principaux de cessation chez les uns deviennent secondaires, voire absents chez les autres.

Les analyses des entretiens (détails des carrières, des parcours de vie, incidence du sexe) font apparaître au moins deux groupes de médecins généralistes et plusieurs sous-groupes. Ils correspondent globalement à ceux qui ont poursuivi leur activité tardivement (ou qui l'auraient fait s'ils n'avaient pas eu des problèmes de santé), et à ceux qui ont cessé précocement (arrêt de la médecine, ou de l'exercice libéral de la médecine générale).

Par le truchement de cette typologie ni exclusive, ni exhaustive⁹⁹, il s'agit d'enrichir les premières distinctions présentées dans la seconde partie, et de s'intéresser en particulier à l'incidence des profils médicaux dans les motifs de cessation de l'exercice libéral. En effet, l'étude montre également que les facteurs d'allongement de l'activité ou de cessation précoce trouveraient leur source dans les « *style(s)* », « *profil(s)* », « *optique(s)* », « *caractère(s)* » ou « *tempéraments* » individuel (s).

Autrement dit, les choix du lieu d'exercice et des types de patients seraient directement liés au profil et au genre (sexe) de chaque médecin, qui conditionneraient l'acceptation ou l'adaptation aux contextes de travail, conduiraient à s'exposer aux risques du métier, ou au contraire à les éviter.

⁹⁸ Elles se reflètent dans les nombreuses façons d'appréhender le rôle du médecin : « *l'officier de santé* », « *le fantassin* » (orientation de soins axée sur la prévention), « *l'artisan* » (approche humaniste, par opposition à l'approche technique et au « *savant* » ou au « *scientifique* »), « *le confident* », « *l'ami de la famille* » (par opposition à la médecine impersonnelle, « *industrielle* »), le garant des « *soins primaires* », etc.

⁹⁹ Les mêmes enquêtés se retrouvent parfois dans plusieurs groupes. De plus, bien que non négligeable, le nombre de médecins enquêtés reste limité. Autrement dit, il ne s'agit pas de catégories fixées une fois pour toute, mais avant tout un moyen d'aborder (et de souligner) la multiplicité des facteurs qui peuvent entrer en jeu dans les cessations d'activité.

3.1. Poursuivre tardivement son exercice : utiliser des stratégies libérales ou accomplir une mission (médicale, caritative, sociale, religieuse).

Groupes	Sous-groupes (profils de médecins)	Risques de burn-out
Premier groupe de médecins Des cessations tardives favorisées par des choix raisonnés du lieu d'exercice, par des engagements diversifiés et par une reconnaissance locale	Médecins « paternalistes » : - Des notables (développant des stratégies de type libéral (ou visant la rentabilité), cadrant leur patientèle) - Des passionnés (consacrés à leur métier, développant des approches humanistes)	++

Résumé des caractéristiques des médecins du premier groupe¹⁰⁰

Pour les médecins du premier groupe, le travail est ou a été source de satisfaction et d'épanouissement. Ces médecins ont d'ailleurs une vision encore prestigieuse du rôle du médecin dans la société : « *Finally, there will always be doctors. It has a certain attraction, and it's exalting: one is a little master of all.* » En effet, ils n'ont pas connu de difficultés économiques. Ils ont soigné ou soignent des clientèles rentables (solvables : composées de personnes appartenant à des milieux sociaux aisés, voire très aisés, ou mixtes), fidélisées ou « captives ». Ces praticiens ont en commun le fait d'avoir su, au cours de leur carrière, choisir des lieux propices au développement de leur activité (la plupart ont (eu) une très importante clientèle : ils ont non seulement maîtrisé l'augmentation de leur activité, mais l'ont recherchée sans cacher un certain « *sens du commerce* »), s'insérer dans réseaux sanitaires et sociaux locaux pour constituer ou augmenter leur clientèle, qu'ils ont ensuite davantage « *cadree* » et « *triee* » que les médecins de l'autre groupe (refus de prise en charge de patients ne correspondant à leurs valeurs ou à leurs orientations souvent spécialisées). En conséquence, ces praticiens sont globalement contents de leurs rapports avec leurs patients, mais aussi avec leurs confrères. Ils ont construit ou étendu des collaborations avec d'autres médecins généralistes ou des réseaux de spécialistes locaux, et cela sans conflits, en raison de la faible représentation de ces derniers ou à cause de la séparation nette des sphères de compétences et des territoires. Enfin, ils se sentent pour la plupart également concernés par le bien de leurs communautés locales ou culturelles, dans lesquelles ils sont parvenus à acquérir un positionnement clairement établi. Ces praticiens ont tous participé (ou participent encore) à des activités non libérales ou non directement médicales : insertion professionnelle en milieu hospitalier, soins bénévoles, rôles actifs en mairie, actions politiques au niveau local, régional, voire national (connaissance et maîtrise des instances de décision). C'est la pluralité de leurs engagements qui les caractérise le mieux¹⁰¹.

Au moins deux « profils » les distinguent, celui de notable et celui de passionné.

A. Notables et passionnés

« *Ici, c'est mon fief, et puis je suis maire adjoint depuis 68.* » « *Le Docteur X, ici à B., c'est un personnage.* » « *Je suis connu jusqu'au conseil régional.* » « *Les gens viennent de toute la France pour me voir.* »

Ce groupe comprend des médecins de type « paternaliste », des « notables » de villages, de petites et moyennes villes de province « *traditionnelles* » (recours privilégiés au médecin de famille, pas ou peu

¹⁰⁰ Ce groupe inclut tous les RT de l'enquête (dont une seule femme) sauf un, 2 RP, un actif âgé de 43 ans, ainsi que plusieurs actifs de plus de 65 ans dont nous ont parlé des enquêtés, dont un médecin âgé de 85 ans exerçant en Bretagne (dans un bourg), qui à ses débuts ne traitait que des urgences et qui travaille toujours en blouse, le stéthoscope autour du cou et le tensiomètre à portée de main.

¹⁰¹ Pour certains, leur intégration dans diverses structures et leur investissement social prend le pas sur leur activité en médecine générale *stricto sensu* (elle n'est qu'une facette de leurs rôles sociaux).

de recours aux spécialistes), où ils sont parvenus à acquérir une notoriété locale (médicale, rôle politique, mission caritative). Certains sont (restés) très proches du Conseil de l'Ordre. La plupart se présentent comme des bienfaiteurs.

Ils sont caractérisés par leur vision (plutôt) positive de l'évolution de la médecine générale et du système de santé et de leur avenir, par le fait d'avoir su particulièrement bien moduler leurs rythmes de travail, et d'avoir trouvé des successeurs.

« On a l'avantage, nous, médecins, d'avoir un métier passionnant, et je pense que tant qu'on peut... Enfin, sans arriver à des âges trop avancés, mais tant qu'on est physiquement en état de l'assumer, moi je trouve qu'il faut le faire. »

Ce sont (aussi) des médecins « passionnés » par la médecine (qui admettent travailler autant, voire plus depuis qu'ils sont retraités) - certains praticiens se sont hyperspécialisés¹⁰², notamment dans des centres urbains -, qui remplissent (ou pensent remplir) le plus souvent des missions médicales, sociales, religieuses (en milieu associatif), ou qui sont particulièrement dévoués à la collectivité.

Ces médecins passionnés sont davantage touchés par des problèmes de santé (dont les notables de l'étude ont cherché à se prémunir). Cependant, ils continuent à s'investir plus ou moins bénévolement auprès de leurs anciens patients (conseils téléphoniques, visites à l'hôpital, soins et soutien), mais aussi auprès de ressortissants de leurs communautés d'origine¹⁰³. Certains ont eu du mal à revendre leur cabinet (relations spécifiques avec leurs patients ou orientations de soins trop spécialisées).

B. Des retraités particulièrement actifs, des médecins engagés

- Parmi les médecins du premier groupe, ayant généralement cessé tardivement leur activité libérale, les enquêtés retraités ne voyaient « pas de raisons », n'avaient « pas envie » de s'arrêter, n'y avaient « jamais pensé » : « ça me plaisait », « c'est le plus beau métier du monde ».

Leurs compétences ont toujours été reconnues : ce sont quasiment des experts qui ont acquis d'emblée ou avec le temps une assurance dans leur travail (ces médecins ne se sentent d'ailleurs jamais dépassés par leurs responsabilités et ne doutent pas de leur savoir-faire). De plus, leur activité était toujours « lucrative », « rentable »¹⁰⁴.

- Ils auraient continué leur exercice en cabinet jusqu'à 65 ans ou au-delà de 65 ans s'ils n'avaient pas eu des problèmes de santé.

« Franchement, je n'ai jamais été tenté de prendre ma retraite avant, avant de tomber malade. » « Si je n'avais pas ces problèmes de santé, je reprendrais le cabinet tout de suite in petto, malgré les charges, parce que j'aime trop, j'ai trop le virus en moi. »

- Ils continuent (ou voudraient continuer) à travailler¹⁰⁵ : ils ont toujours des activités médicales bénévoles – ils aident par exemple leurs successeurs qui s'avèrent être leurs propres enfants pour quatre d'entre eux –, ou une petite activité rémunérée.

¹⁰² Trois enquêtés souhaitent réaliser des ouvrages sur leurs pratiques spécialisées.

¹⁰³ Dans l'étude, la plupart sont d'origine non métropolitaine ou étrangères (antillaise, malgache, asiatique).

¹⁰⁴ Deux médecins ont d'ailleurs refusé les dispositifs de cumul retraite-petite activité, jugés « pas assez rentables », un autre hésite en raison de la complexité administrative (il est d'origine étrangère).

¹⁰⁵ Pour cette raison, deux autres médecins ont « profité » des dispositifs permettant de cumuler la retraite et une petite activité, tandis que certains sont toujours en recherche d'activité (ils n'ont pas encore retrouvé une occasion d'exercer une activité médicale ou considèrent que cette activité n'est pas assez importante).

**Aider son successeur – a fortiori lorsqu'il s'agit de son enfant -, continuer à soigner quelques anciens patients :
autant de motivations pour continuer à exister**

Les passations familiales et les ancrages locaux sont sources de reconnaissance et favorisent ainsi la poursuite d'activités bénévoles.

« J'aide ma fille, je la conseille sur d'anciens patients. » « Tout me manque : le contact avec la clientèle, ça me manque, oui. Mais je vais vous dire (ton haut) : je le récupère quand même d'une certaine façon parce que j'habite encore sur place, je suis au cabinet médical. Tous les midis, tous les soirs, il y a un petit staff (ton enjoué) qui se fait, avec mes deux mômes. Et quand je sors, je croise mes patients. On discute, on parle de choses et d'autres. Ils me téléphonent de temps en temps pour me dire : 'ah ben tiens, je ne vais pas très bien, j'ai ceci, j'ai cela, qu'est-ce que vous en pensez ?' (rires). Donc, de ce côté-là, j'ai un manque mais qui est satisfait - ce que je n'aurais pas si j'avais déménagé. Mais là, je suis encore dans le coup. Bah ! C'est du bénévolat : je m'occupe encore de leurs dossiers. Finalement, s'il y a une expertise à faire, c'est encore moi qui me tape le truc, parce qu'ils me disent : 'mais tu les connais mieux que moi, tu les connais depuis 35 ans !' (rire bienveillant) »

« Je continue à aller au centre médical presque toutes les semaines, une fois par semaine... Je vais devoir arrêter tôt ou tard, mais bon ! (rires) (...) Pour moi, cela m'est encore un peu indispensable de discuter encore un peu avec eux quoi (...). J'y vais aussi peut-être pour apercevoir un vieux client qui va me dire : 'comment ça va ? Je suis content de vous revoir.' »

« Je reconnais qu'il y a certains patients que je vais voir encore, oui, ou ils m'invitent à manger, ou voilà... Il suffit d'aller le samedi faire les courses. Mais on voit toujours les mêmes, alors j'ai changé de jour exprès : j'y vais le vendredi, et je vois d'autres patients (rires). »

« Dans le petit bourg qui est en dehors de C., il y a un vieux médecin qui est resté là une éternité : il a dû arrêter quand il est devenu aveugle – il ne voyait plus, il ne pouvait plus faire les prises de sang (...). Il a fait venir un jeune qui a pris la majorité du travail et tout, et lui s'est gardé une petite consultation avec ses anciens (clients) qui étaient habitués à lui. Comme cela, il a continué à exercer encore quelques années jusqu'à peut-être 75 ans ou quelque chose comme cela. »

Ce qui les a aidés (démographie médicale, contextes historique et sociologique favorables)

- Ces enquêtés ont en très grande majorité créé leur clientèle dans les années 60, et ont donc bénéficié de contextes de travail peu concurrentiels. Leur patientèle a non seulement augmenté, mais elle est restée stable dans son comportement médical (ce qui est source de *forte motivation au travail, et motive à prolonger son activité*).

Certains avaient d'ailleurs initialement une très forte motivation : « j'ai choisi la médecine générale parce que c'était la plus difficile », « c'était un défi de commencer à zéro », « je me suis toujours battu, je n'ai jamais renoncé à faire ma médecine ».

- Du point de vue de leur organisation, ils ont presque tous bénéficié d'un réel « confort au travail » : leurs conjointes les ont le plus souvent aidés (soutien moral, apport financier, accueil téléphonique, gestion administrative ou financière¹⁰⁶) – au moins en début d'exercice. La plupart ont eu par la suite des secrétaires, notamment dans le cadre d'exercices en groupe (ce qui a amélioré les conditions de travail).
- Une minorité affirme avoir reçu une formation « idéale », « complète », « parfaite », centrée sur la clinique, qui leur a permis de prendre la responsabilité de consultations médicales en milieu hospitalier mais aussi de bénéficier d'un bon encadrement par des « patrons » ou des prédécesseurs (on pourrait parler de « coaching », de compagnonnage¹⁰⁷).

« J'ai remplacé un médecin qui était également un excellent médecin généraliste : il était interne des hôpitaux de Paris, donc ce n'était pas n'importe qui. Et alors lui, il a fait quelque chose de formidable – mais vraiment de formidable –, et je lui en suis toujours aussi reconnaissante, comme à mon patron : avant que je ne le remplace, il m'a emmenée partout avec lui, d'accord ? Et il m'a montré comment il travaillait, et il m'a appris des tas de petits trucs, des petits détails, des petits machins qui m'ont rendu un service inestimable après, dans ma pratique, même quotidienne. »

- Enfin, ces médecins n'ont pas eu trop de contraintes de garde, du fait d'une moindre demande de la part des patients, de la présence d'un bon système de garde à leur arrivée, ou de SOS médecins

¹⁰⁶ Parmi l'ensemble des retraités, la répartition des rôles au sein du couple est souvent traditionnelle : la femme se charge exclusivement des enfants, ou travaille à mi-temps pour aider son mari.

¹⁰⁷ La présentation de la clientèle a même fait parfois partie des conditions de rachat du cabinet.

(Paris), mais aussi parce qu'ils ont su mettre fin à des appels injustifiés ou trop nombreux (réduction, voire fin des gardes), s'entendre avec leurs confrères, créer ou imposer un nouveau système de garde.

Ce qui a fait la différence (rôle déterminant des lieux de travail choisis, des capacités de cadrage et de tri des clients, de l'investissement dans des « missions » sociales).

- Les enquêtés ont choisi de **s'installer définitivement à un endroit précis après des périodes de réflexion ou d'expérimentation.**

Ils n'ont pas hésité à déménager lorsqu'ils rencontraient des difficultés (gardes, mauvaises associations, mauvaise qualité des soins).

*« Au départ, j'étais associé avec un médecin qui faisait de la gynécologie obstétrique... Et ma fois, je suis resté pendant 10 mois avec lui. Cela ne s'est pas trop bien passé avec lui parce bon... Je supportais des frais qu'on n'avait pas à supporter. Alors, bon, j'ai dit à ma femme : 'tu me trouves quelque chose, et on déménage'. »
« J'ai même eu des propositions d'associations, et où j'ai été amené à faire valoir ma médecine générale... Les propositions qui étaient faites, c'était de sortir du cadre de la médecine générale, donc il y a eu un refus de mon côté : un cabinet de généralistes, avec le matériel de radioscopie - parce que c'était à l'époque où on faisait des radioscopies. Et cela ne correspondait pas parce que je crois que j'aurais abouti, en quelque sorte, à une machine à fabriquer des ordonnances, c'est tout. »*

« À l'hôpital, j'avais proposé mes services quand j'avais quitté la médecine civile (...). Il m'a proposé quelque chose et moi je n'ai pas donné suite (...). En fait, c'est parce que... Comment dirais-je ? Je ne voulais pas être mis à disposition de quelqu'un qui savait moins cette médecine, qui pratiquait cette médecine de manière pas bonne : c'était argent, argent. »

Ils sont nombreux à avoir également écarté des exercices jugés « trop prenants », voire impossibles (car provoquant des chocs sociaux en cas de rencontre avec des milieux sociaux mal connus), notamment dans des campagnes isolées, malgré parfois l'aide des mairies ou des cessions de clientèle à titre gratuit (ce qui conforte l'hypothèse de l'importance de la qualité de vie).

« Je me suis (d'abord) installé à la campagne, (ton haut) comme je le désirais, dans une petite campagne qui n'est pas loin de L. (...). Le médecin venait de mourir - opportunément pour moi (rires) -, et puis je suis resté là pendant 2 ans. Et puis j'en avais marre parce qu'il n'y avait pas de (système) de garde. J'étais corvéable toute l'année, 24 heures sur 24, toute l'année. Donc un jour, j'ai dit : 'bonsoir' (...). J'ai vite déchanté de faire tout et tout le temps, et rien d'autre (rires)... » « Il y a moins de concurrence, mais c'est plus fatigant. » « Quand je suis venu ici, c'est parce qu'il y avait (déjà) des cliniques, il y avait des laboratoires, et puis il y avait un embryon de spécialistes. » « Alors que quand vous allez à la campagne au milieu du Morbihan, là, vous êtes tout seul (bis), vous n'avez rien du tout ! (...) Cela, moi, je ne l'aurais pas fait, hein : je ne me serais pas installé à la campagne. »

« J'ai fait en médecine générale des remplacements en pleine cambrousse, en pleine campagne – dans la Haute-Marne profonde, profonde (...). Et là, objectivement, ça ne m'a pas inspirée du tout, du tout (...). J'étais (originaire) d'une ville de 10 000 habitants, c'était quand même pas la campagne. Donc pour moi, les poules, les vaches, les cochons, tout cela, je ne connaissais pas ça du tout. Et quand j'ai remplacé ce médecin en médecine générale en campagne profonde, il a fallu que je m'habitue à mettre des bottes jusqu'ici, à passer - parce qu'à cette époque-là, c'était comme ça - à passer à travers l'écurie, avec les queues des vaches à droite, les queues des vaches à gauche ! D'accord ? Et pour être assez bien vue entre guillemets, il fallait que je fasse des compliments des vaches : 'oh la belle !' - ça devait tomber complètement à côté, car je n'y connaissais rien du tout. D'accord ? Mais je me rappelle déjà quand même de cette espèce de frayeur (...). Le choc a été tel que j'en cauchemardais 15 jours avant et 15 jours après, c'est pour ça que je n'ai pas voulu m'installer en médecine générale (traditionnelle) : les chiottes en bois avec un trou (même dans le cabinet du médecin). Le purin, non merci ! »

Réussir en milieu rural, c'est possible

Parmi ces enquêtés, il y a quatre cas de belles réussites en milieu rural, dont celle d'un actif de 43 ans, qui a fait preuve de pragmatisme. Il a prospecté pendant les 2 ans de son résidanat de médecine générale, c'est-à-dire pendant ses dernières années d'études (en effectuant des remplacements et grâce aux informations fournies par la DDASS), avant de s'installer dans l'une des régions de France « les plus pauvres démographiquement » (en 1996 : la Picardie, la Champagne Ardennes et la région Centre)¹⁰⁸, où il reprend le cabinet d'un médecin décédé brutalement. Il reprend sa façon d'exercer, sa méthode (« de la médecine générale pure »), et suit une formation de médecin sapeur-pompier pour « devenir comme lui ». Ce n'est que des années plus tard, « une fois la médecine générale et les points de repères stabilisés pour la population », qu'il développe sa propre orientation (en médecines douces), tout en passant le diplôme de médecin coordinateur pour prendre la responsabilité des deux maisons de retraite où il fait « du management » d'équipe. Il choisit de ne pas s'associer « pour des raisons financières », et parce qu'il est « assez solitaire », « atypique » dans sa pratique : il reste « 24 heures sur 24 accessible aux patients » (ne renvoie pas sur le 15 « sauf le week-end, uniquement », « ne ferme le cabinet médical qu'une semaine par an – pour les vacances avec les enfants ». Il réalise ainsi « en moyenne 30 à 35 consultations par jour, dont 10 sont des visites », ce qui représente « entre 60 et 65 heures (de travail) par semaine ». « Mais ce n'est pas pénible. Lorsqu'on aime, comme on dit, on ne compte pas. Donc il se trouve que j'aime ce que je fais, donc je ne compte pas... trop... »

Ce médecin avait initialement une forte motivation (il explique avoir répondu à un « appel » et entend « faire de la médecine générale pour la ruralité »). Il ne prend pas en charge les problèmes sociaux et psychosociaux de ses patients (dans son village, il n'y a pas non plus de problèmes de chômage). Sa nouvelle compagne est à la fois sa secrétaire et son assistante. Enfin, il a su s'adapter aux trois profils de sa clientèle qui comprend « des locaux », mais aussi « une population plutôt mouvante » (« faite de gens qui arrivent dans le pays, qui s'installent et qui repartent en fonction du travail qu'ils trouvent ») et de « Parisiens » (« qui ne descendent que le week-end, pendant les fêtes, les périodes de vacances scolaires »)¹⁰⁹. « Pour un tiers d'entre eux, je suis médecin de famille : ils attendent que ça soit bien moi qui sois présent pour se faire soigner, et acceptent de rester malades un peu plus longtemps pour venir me voir. Le tiers suivant, c'est essentiellement des patients qui pratiquent plutôt comme une médecine de prestation de services, c'est-à-dire que si je suis là, ils viennent, si je ne suis pas là, ils vont voir ailleurs... Et enfin, le tiers restant, c'est ceux qui me consultent parce qu'ils n'ont pas d'autre choix (rires) : ils n'ont pas d'autre possibilité parce que leurs médecins sont absents, et ils viennent me voir parce que je pratique par exemple l'acupuncture et qu'il n'y a pas d'autre acupuncteur dans le coin immédiat. »

« En tant que médecin rural, je pense que ça va être stable, du fait de ma façon de travailler : (car) j'offre cette disponibilité 24 heures sur 24. Si un jour je change ma pratique, il est très possible que le tiers médecin de famille va diminuer, pour laisser place plutôt au tiers prestataire de services, qui augmentera en conséquence. »¹¹⁰

- Ils ont su éviter, anticiper les difficultés d'ordre économique, acquérir de nouvelles compétences et les valoriser (ils ont une bonne capacité d'adaptation et de calcul).

« J'ai compté qu'il me fallait 7 patients (par jour) pour payer mes dettes, 7 patients pour manger, et encore 7 pour subvenir aux besoins de mes enfants, soit 21 - plus les extras pour vivre mieux et avoir une retraite correcte. »

Certains avaient déjà des spécialisations (diplômes préparés en plus, « au cas où ») avant de s'installer, ou se sont investis d'emblée dans des structures locales pour « acquérir une réputation », « augmenter la clientèle ».

« Je n'ai pas voulu m'installer tout de suite, donc j'ai fait de la pneumologie et puis trois ou quatre certificats : la médecine du travail entre autres, parce que – on parlait tout à l'heure de reconversion –, je m'étais dit : 'un jour ça pourrait toujours servir, le service du travail'. (...) J'avais 25 ans quand j'étais étudiant et c'était en me disant : 'le jour où je serai fatigué, ou si je me casse une patte quelque part et que j'ai du mal à monter les escaliers pour faire les visites, j'ai une porte de secours !' (...) J'ai fait aussi de la médecine aéronautique, de la médecine des sports, j'ai fait de la médecine climatologie hydrologie. La médecine des sports, ça m'a servi d'ailleurs à améliorer ma carrière. La médecine aéronautique - il y a un aérodrome dans le coin – : j'étais donc le médecin des aérodromes sur tout le secteur, c'était quand même pas mal, ça dépannait pas mal. » « Quand j'étais jeune médecin - j'avais à ce moment-là moins de clientèle –, j'ai fait un peu de médecine du travail. (...) C'était quand même financier, pour améliorer disons les recettes. Et après... Bah, là-aussi, comme j'étais trop

¹⁰⁸ Trois retraités tardifs ont choisi leur région d'installation pour la même raison : « il y avait une grosse clientèle avec des villages autour qui n'avaient pas de médecins. » « V. était alors la (ville) la moins bien pourvue, un des départements les plus pauvres dans les années 50. »

¹⁰⁹ On trouve le même profil de clientèle mixte chez l'un des deux autres enquêtés (retraité tardif) qui soignait avant tout des locaux, des retraités et des touristes (dans un village sans problèmes d'emploi, « sans usine » : « ici, y'a pas d'arrêts de travail, d'accidents de travail », « et le tourisme, cela fait des recettes en plus l'été »).

¹¹⁰ Il a répété qu'il est vraiment intéressé par son travail, qu'il n'exerce « pas juste pour vivre » : son intérêt financier est tourné vers sa famille, et sa motivation principale est d'avoir « un métier diversifié ». Il ne pense pas du tout à sa retraite.

occupé par la médecine générale, j'ai abandonné. – Et il n'y a jamais eu de lassitude ? – Ah non, ça, jamais, non non non (bis), j'ai toujours aimé mon métier, non, je n'ai jamais eu envie de diverger vers autre chose. – Et puis aviez la phlébologie. »

« Quand je me suis installé, c'est moi qui faisais la PMI ici, cela me permettait de me faire connaître, d'amener la clientèle à l'hôpital – je vous l'ai dit : ma clientèle, c'était 60 % d'enfants, hein... Puis, après, quand j'étais à l'hôpital, c'était les vieux, j'étais un médecin pour les vieux (rire bref). Les médecins ont besoin de références. J'y allais une fois par semaine, c'était bien, je gagnais 2000 F par trimestre c'est toujours le cas : la femme du Conseil de l'Ordre m'a dit que les médecins actuels avaient tous de petits boulots. »

Des self-made (wo)men qui ont réussi à se construire une notoriété locale

Parmi les médecins « notables », des hommes et des femmes hyperactifs ont été à la fois adjoint au maire et ont créé des structures de santé (EHPAD - structure de soins aux personnes âgées, antenne d'urgence, etc.), et/ou ont été en lien direct avec des instances dirigeantes (Conseil de l'Ordre, mais aussi mairies, conseils régionaux, etc.). L'aboutissement de ces projets a été source d'efficacité, mais aussi de reconnaissance et de fierté.

« Si vous voulez, moi, j'ai travaillé pendant 5 ans avec des jeunes banquiers, des jeunes entrepreneurs. (...) Pendant 2 ans, j'ai été président de cette affaire-là. (...) C'est une expérience passionnante, passionnante. Parce que j'ai travaillé avec des préfets, j'ai mis en place le plan vert - ici à C. -, j'ai mis en place les voies piétonnes (marmonne et rit) : cela a le mérite d'exister (...). Cela m'a beaucoup intéressé, et surtout cela m'a donné des ouvertures sur les pouvoirs publics que je n'aurais peut-être jamais eues. Et je n'aurais peut-être jamais pu mettre (en place) mon service, parce que j'étais connu un peu partout, quoi. J'ai travaillé avec les préfets - le préfet de X (département) -, j'ai travaillé avec les maires des différentes communes sur le plan vert, le conseil général. (...) Ce sont des ouvertures très intéressantes - d'ailleurs je continue à aller les voir un peu. (...) Ce qui est important, c'est d'avoir des idées mais de les mettre soi-même en application (bis), et ne pas attendre que quelqu'un vienne : il faut provoquer les pouvoirs publics, il faut les voir, leur expliquer, il faut se bouger quoi ! »

« Dans mon projet (électoral), j'ai dit : 'je vais faire une antenne médicale d'urgence'. Et cette antenne médicale d'urgence, je l'ai promise au mois de mars, et le premier juillet, elle fonctionnait. Voilà ! Donc... Et là, comment dire ? (rires) La notoriété est montée en flèche !! (rires) (...) Le préfet est venu l'inaugurer. (...) Alors, c'est entre parenthèses, c'était très très difficile et d'ailleurs, elle n'existe plus¹¹¹. Mais il fallait que je vois les hôpitaux de C. ; il fallait (aller voir) la préfecture bien sûr ; il a fallu que je monte à Paris pour aller au ministère de la santé, pour avoir toutes les autorisations, etc. (parle de plus en plus vite) ; il fallait que je fonctionne avec les sapeurs-pompiers, le centre de secours ! (...) C'était quelque chose d'assez extraordinaire ! (...) Et en 1983, j'ai quand même laissé la mairie de côté, parce que cela devenait quand même de plus en plus dur de gérer tout, mes enfants – j'en ai quand même eu 7 au total -, donc cela devenait quand même un peu difficile. (...) (En plus de l'école), j'ai fait aussi une association d'animation (...). On ne peut jamais rien faire tout seul, mais vous êtes obligé d'être leader. »

Ils ont cherché des lieux d'exercice encore plus rentables.

« Après, en plus, on a déménagé du côté des villas : à S., on avait la chance d'avoir des gens qui étaient quand même une bourgeoisie moyenne, des cadres, et en même temps cela empiétait un peu sur une partie du quartier nord, avec des HLM (...) - où les gens faisaient une surconsommation de la médecine. Les gens pouvaient venir presque à pied à mon centre hein, donc ça facilite l'accès, et puis ils étaient attirés par le fait qu'il y avait justement un centre, avec des spécialistes, avec des kinés, des orthophonistes aussi... bien oui vous vous sentiez en sécurité (économique). »

Ils sont passés d'emblée ou rapidement au secteur 2 s'ils pratiquaient une médecine lente.

« Quand je me suis installé, j'étais non conventionné - c'était encore possible -, et à partir du moment où il y a eu le secteur 2, je me suis mis en secteur 2. (...) Les conventionnés, c'étaient des... Il fallait aller vite, il fallait un petit peu expédier ses patients entre guillemets, et donc là, j'ai préféré pouvoir faire une médecine lente, et à mon avis de meilleure qualité. »

- Enfin, dans leurs relations quotidiennes avec les patients, la plupart des « notables » ont usé de questions fermées sans relance (« Je leur donnais 2 minutes au maximum pour évoquer autre chose que la maladie »), ou reporté à d'autres consultations certains sujets, voire refusé d'aborder avec les patients des questions non directement pathologiques. Plus important, la plupart ont **refusé de**

¹¹¹ Suite à des guerres entre médecins, mais surtout suite à des changements législatifs : « on ne pouvait plus être antenne médicale d'urgence, on devait devenir SMUR ».

prendre en charge les problèmes d'ordre psychologique ou psychiatrique (c'est-à-dire les problèmes qui rendent les consultations trop lentes ou trop difficiles)¹¹².

- À l'inverse, « les passionnés » ont développé des approches globales des soins¹¹³. Ils se sont d'ailleurs davantage engagés dans le conseil, l'éducation sanitaire, l'aide au travail, le soutien moral (ils sont par exemple médecins de réfugiés politiques, médecins vaccinateurs, médecins humanitaires, etc.). Parmi l'ensemble des enquêtés, ce sont également ceux qui revendiquent le plus les approches humanistes des soins (« *l'humain d'abord* », « *la dimension humaine en premier* »).

Chez certains, la volonté de « *pénétrer au plus profond de l'homme* », de « *chercher à comprendre* », est allée de pair avec un désir de se former à toutes les facettes de l'homme (ce qui les a très fortement motivés à prolonger leur activité). Ils se sont alors trop engagés auprès de leurs patients, ce qui a parfois entraîné des ruptures de santé¹¹⁴ – ce qui ne les empêche pas de continuer à soigner, passionnément¹¹⁵.

« Je me pose toujours la question : 'qu'est-ce que je connais sur la vie ?'. Et c'est pour cela que je sens que ma formation médicale n'est pas parfaite, donc je suis toutes les formations médicales continues, puis toutes les formations même proposées par les laboratoires. (...) Je suis investi dans plein d'activités, oui. Bon la plus grande, c'est l'activité humanitaire pour le C. » « Alors, il est passionné par la médecine. (...) - Il a passé et repassé des formations ? - Ah ! Tout le temps, tout le temps, tout le temps. Il s'est toujours maintenu - même maintenant, hein. Il bouquine énormément, et il continue à soigner - gratuitement bien sûr (...), comme dernièrement lors de notre voyage à R. » « C'est un métier passionnant la médecine, c'est très gratifiant. Je ne remercie jamais assez les patients avec lesquels j'ai progressé... On n'en a jamais fini. » « J'ai (toujours) des gens qui sont hospitalisés, je téléphone et j'oriente, je demande des nouvelles des malades... Je tente de faire venir notamment des personnes de ma famille, de R. et de M., où il manque de tout, pour se faire soigner ici, voire pour du travail. (...) Je veux m'occuper jusqu'à la fin de la santé. »

¹¹² Les généralistes sont minoritaires à s'engager dans des relations avec des malades qui s'écartent des modèles traditionnels, et à s'investir dans la prise en charge des problèmes complexes, inconnus (car notamment pas ou peu abordés en formation initiale) relatifs à la misère ou à la dépendance affective et aux atteintes psychiques des patients incurables ou vieillissants (Vega, 2002-2003).

¹¹³ « Dans la négociation des modalités de prise en charge avec leurs patients, ils (les généralistes) intègrent les dimensions physique, psychologique, sociale, culturelle et existentielle, mettant à profit la connaissance et la confiance engendrées par des contacts répétés. » (extrait de la *Définition européenne de la médecine de famille-médecine générale*, WONCA Europe 2002)

¹¹⁴ Dans ce premier groupe, il n'y a que trois cas de ruptures de santé, mais elles ont été particulièrement brutales, et ont touché deux enquêtés « passionnés » qui s'étaient « donnés » à leurs patients ou qui refusaient d'être aidés (deux des caractéristiques du troisième groupe).

¹¹⁵ Par exemple, l'un a proposé ses services à ses voisins, les deux autres continuent également à soigner gratuitement - notamment leurs proches lors de voyages hors de France -, malgré leurs problèmes de santé.

Homéopathe, acupuncteur, phytothérapeute, etc., des spécialités désormais très représentées en médecine générale

- Si les médecins « passionnés » rencontrés sont tous des « spécialistes », ce sont majoritairement des médecins « alternatifs » ou « hétérodoxes ».
 - Ces médecins généralistes (homéopathes, acupuncteurs, phytothérapeutes) sont capables de « recruter » hors de leur environnement géographique proche des patients citadins très éduqués, mais peuvent désormais s'implanter dans les campagnes (en mode mixte, au contraire de « la médecine générale classique qui n'offre que des solutions dites hospitalières aux patients »), et travailler de façon autonome.
 - Ce sont des médecines palliant les lacunes de l'allopathie. « J'ai donc été obligé de partir sur ces médecines alternatives qui prennent en compte les demandes de confort, les petits bobos de la vie quotidienne des patients, et aussi de prendre en compte la globalité des patients – chose que dans nos études on ne nous apprend pas : la mésothérapie, l'acupuncture et l'homéopathie font partie des médecines qui s'occupent du fonctionnel. »
- Ces médecines « hétérodoxes » (encore rejetées par des confrères strictement allopathes) ont été d'ailleurs expérimentées par des retraités pour éviter le recours systématique à des traitements allopathiques lourds (surtout en pédiatrie), et sont même parfois défendues en raison de leur adéquation avec les prises en charge « globales » revendiquées par des médecins généralistes. « (Avec le temps) je suis devenu moins médicaments (bis), et j'ai eu de plus en plus recours à l'homéopathie, et j'avais un copain qui était ostéopathe, donc je lui envoyais de plus en plus de patients. Parce que personnellement, je pense que cela faisait beaucoup, et je pense que les médecins homéopathes sont les derniers qui ont encore à peu près – certains – ce que j'appellerais une approche à peu près normale de la médecine, du malade – et là, je dirais plus du patient que du client. »

Ce qui a amélioré leurs conditions de travail, préservé leur intérêt pour la médecine générale et amélioré leur retraite

- Les médecins notables en particulier se sont créés des « soupapes de sécurité » : seuls ou en groupe¹¹⁶, ils ont assoupli d'emblée ou progressivement leurs horaires de travail (jours de congés, après-midi libre(s), pauses, remplacements pendant les vacances).

« J'avais des horaires très élastiques. Non, moi j'avais la chance d'avoir finalement fait une médecine qui correspondait à ce que je voulais faire, c'est-à-dire pas trop de contraintes du point de vue des horaires : j'avais le mardi et le vendredi après-midi (de libres), que j'avais gardés quand même depuis le début hein, c'est-à-dire depuis que je me suis installé (en association). » « Qu'est-ce qui a un peu changé ? Bah, au fur et à mesure, j'ai essayé de travailler de moins en moins... » « Je naviguais quand même le dimanche, on partait en bateau – entre autres, on ne faisait pas que cela, mais c'était une activité qui me permettait de me relaxer, et de ne voir personne (souligné). » « Je me faisais remplacer sans problème, notamment par mon beau-fils (rires). »

¹¹⁶ La plupart ont choisi de travailler seuls : parce que « ce n'était pas la mode des associations », mais aussi parce qu'ils avaient vécu ou connu des ruptures d'associations (« mauvaises »), ou parce qu'ils se considéraient « un peu individualistes », « indépendants », « assez solitaires ».

Savoir sortir des engrenages du travail

« (En cabinet), vous êtes pris dans une espèce de machine : (...) c'est un engrenage, heu..., et puis quand vous quittez cela pendant quelques jours, vous aviez du mal à vous remettre dedans. Je disais : 'tiens, le rouage est grippé', et puis ça repartait... Mais c'est tellement... C'est à la fois... Oui : c'est un métier qui est passionnant – quand même -, eh oui c'est vrai, et si je devais recommencer, je recommencerais, avec les mêmes erreurs, forcément. Pareil...

C'est un métier qui est très riche. La seule chose - de l'extérieur -, c'est qu'il y a beaucoup d'épuisement, aussi.

Absolument... C'est cela que j'ai vu. Il faut croire que j'avais bien résisté sur le plan physique et moral : je n'ai jamais été malade pendant mon activité. J'ai vu effectivement qu'un certain nombre de confrères après 15 années de travail décrochaient, ou bien il survenait... des états dépressifs graves, hein ! Voilà.

Ou des gros chocs tout à coup, parfois, parce que l'on m'a dit que les médecins ne font plus attention à leur propre santé.

Oui, ça c'est sûr !! Mais, heu..., moi je m'étais prémuni, heu... d'abord en ayant une vie assez proche de la nature - soit du bateau, soit la campagne, le jardinage, des choses comme ça. J'arrivais à entretenir un jardin de ville – mais cela, je le faisais le dimanche quand je me levais -, un jardin à la française. (...) C'était une compensation, et je disais cela à mon fils : quand je suis dans mon jardin, je ne pense à rien. (...) Moi, je trouvais que c'était une très bonne hygiène mentale.

(...) et le trajet en voiture aussi c'est important pour certains.

Alors, à un moment donné, moi je me relaxais dans la voiture, et sont apparus les téléphones portatifs, autonomes. (...) J'ai dit : 'le seul endroit où je suis tranquille, c'est ma voiture où j'écoute de la musique, alors je ne veux pas de téléphone dans ma voiture' (je rallongeais parfois les parcours des visites pour pouvoir écouter des symphonies ou des émissions musicales jusqu'au bout). J'ai résisté comme cela, un petit peu... Avec le téléphone, je gagnais du temps. Mais ce n'était plus l'endroit où quand on ferme la porte de la voiture, c'est votre lieu à vous, privilégié, et vous êtes tout seul, bon...

- **Ils se sont construit un réseau d'entraide au travail.** Ces médecins ont cherché à mettre en place une organisation efficace des gardes, mais aussi à obtenir une aide auprès de médecins installés dans le voisinage (« on travaille ensemble, on se rend des services mutuels »¹¹⁷). Certains ont ainsi délégué à d'autres médecins généralistes la prise en charge de patients (quand ils étaient « surbookés »). La plupart ont travaillé sans conflits avec des spécialistes - en se faisant respecter par eux, quitte à passer en force (à s'imposer à l'hôpital au chevet de leurs patients par exemple), ou même à freiner leur installation en ville (en investissant par exemple les hôpitaux locaux).

« Dès que ça devenait un peu plus compliqué, là, j'étais content d'adresser aux spécialistes. (...) Si j'avais des demandes que je ne pouvais pas satisfaire, j'envoyais sur des confrères qui étaient plus jeunes que moi, qui eux avaient encore un petit peu de possibilités d'accepter des patients. » « Les médecins peuvent s'arranger aussi, entre médecins installés. Moi quand je pars, je mets une pancarte sur ma porte : 'adressez-vous au docteur Untel', et je laisse aussi un message sur le téléphone en cas d'urgence. »

« Ils (mes patients) allaient voir les spécialistes sur mon ordre, et sur mon conseil. Ils revenaient, on discutait de ce qu'il fallait faire, pas faire, prendre et pas prendre - de tout ça. Non, je n'étais pas tout à fait médecine générale toute simple, simplet. » « Dans la majeure partie des cas, avec mes correspondants, cela se passait bien : c'était au médecin généraliste de juger. »

« Donc, on avait organisé le truc de façon à ce que ça ne soit pas rentable pour un spécialiste de s'installer à H. D'ailleurs, vous regardez, il y a très peu de spécialistes (rires) : le groupe était affilié à l'hôpital local, où les médecins avaient développé un centre de santé avec une participation des 5 généralistes qui étaient référents. Ils s'occupaient aussi de l'hospitalisation de leurs propres patients au sein d'un service de médecine. (...) Parce qu'on voulait garder la manne de patients qui étaient joints aux généralistes : bah, la gériatrie, la pédiatrie-gynéco. »

« Ce n'est pas courant, pas courant : donc je faisais du forcing. J'arrivais le dimanche – il n'y avait personne –, je disais à l'infirmière : 'je suis le médecin traitant' – bien sûr, je déclinais mon identité... Et j'étais accueilli, mais... c'était difficile, parfois. Dans la semaine, même quand je venais, tout le monde était occupé, et disons qu'on avait l'impression un petit peu de les déranger. - Et vous pensez que ça a évolué ça ? - Non, je pense que pas tellement, non (marmonne). Je lisais un article dans ce temps-là, dans le Généraliste ou le Quotidien du médecin : 'les chiens et les généralistes interdits dans les établissements de soins' (articule et rit). Cela résume à peu près... Enfin, ça marchait quand même. »

- Ces enquêtés ont eu une tendance plus affirmée à **expliquer franchement leurs désaccords tant avec des spécialistes qu'avec des patients** (à « remettre des patients à leur place » quant aux retards,

¹¹⁷ L'usage du présent chez des médecins retraités tardifs est fréquent, justement parce qu'ils sont encore actifs localement.

aux appels abusifs, etc.), augmentant ainsi les processus de « *tri naturel* », mais aussi les retours (*ce qui confirme l'importance de l'accord entre les valeurs du médecin et de sa clientèle en médecine générale*).

« Si au bout de trois fois, les gens ne venaient pas, ne décommandaient pas, il entourait d'un crayon rouge le nom, et il envoyait un mot disant : 'vous êtes prié de ne plus venir à ma consultation'. (C'était) le couperet. » (épouse secrétaire) « On n'a pas de système de garde de nuit, mais on est peu dérangé, hein. On est peu dérangé : j'ai engueulé des gens, j'en ai fait payer très cher », « et puis dans les petits patelins, cela se sait très vite ensuite. » « Tout le temps, moi, j'ai toujours recadré, j'ai toujours dit : 'ça ne me convient pas' (...). Je prenais un dépassement d'honoraires par exemple, en disant : 'là, vous voyez, j'étais en famille, c'est dimanche soir, ce n'est pas parce que vous, vous avez décidé de partir en vacances... On se voit assez régulièrement pour vos enfants, c'est un manque de respect. Pendant ce temps-là, je pourrais être appelé pour une vraie urgence'. » « C'est vrai que souvent, on est dérangé pour rien. Mais il n'est pas interdit de dire aux gens qui vous dérangent pour rien, de commencer (à s'expliquer) : 'écoutez, ce n'est pas comme cela qu'on doit faire. Vous devez penser qu'un médecin, il doit être sur la route, on nous demande beaucoup de choses, et donc respectez-le plus que vous ne le faites'. Et si un patient vous dérangeait souvent pour rien, carrément lui dire : 'maintenant ça commence à me peser personnellement. À partir de maintenant, je ne vous soignerai plus, et voilà'. Et je vous assure, quand je disais aux gens : 'voilà votre dossier'. (...) C'était une chose qui était pour eux déshonorante (bis), et les gens s'excusaient : 'non, non, non, on le fera plus'. Mais c'est vrai qu'après, on était beaucoup plus tranquille. C'est comme tout (bis) : la clientèle, on peut très bien la former à sa façon de travailler - on essaye. Bon, c'est vrai qu'on en perd beaucoup, hein, à partir de ce moment-là, mais bon ! Rien ne dit qu'on est obligé de subir. » « Alors, je lui (ai) dit : 'Monsieur, ce n'est pas difficile, si vous voulez que je prenne votre enfant à l'heure pile où je vous ai donné rendez-vous, il y a plein de médecins dans L., alors vous allez voir qui vous voulez, mais pas moi' (ton autoritaire). Il ne m'a jamais quitté le gars, hein : il est toujours revenu. Mais là, ça avait été clair, hein. (...) Je me suis dit : 'celui-là, il faut que je le mette au pas, ce n'est pas possible'. (...) Je me rappelle que je lui ai dit : 'écoutez, je viens de me mettre aux 35 heures, donc moi, à cette heure-ci, c'est terminé, hein... Je n'ai pas mangé'. » « Les grincheux, ils s'en iront d'eux-mêmes, mais le plus souvent, à la fin, ils sont accrochés, on est accrochés, c'est quelque chose de viscéral. »

- Certains ont eu **des activités professionnelles « complètement différentes » de la médecine générale** (par exemple : médecin d'orchestres symphoniques, médecin référent en maison de retraite), ce qui leur a permis de « *s'enrichir* », mais aussi « *de souffler en faisant un peu autre chose* », voire « *de tenir* ». Inversement, d'autres sont parvenus à s'investir en cabinet dans des activités qui correspondaient à leurs centres d'intérêt.

« J'ai une activité diversifiée, ce qui me permet en quelque sorte d'avoir un échappatoire intellectuel (...). Cela sort de ce que j'ai l'habitude de faire quotidiennement. (...) J'ai une pratique qui permet peut-être un petit peu d'échapper à une pratique monolithique. » (actif)

« Alors, à la préfecture, j'ai été amené... à contrôler les arrêts de travail des personnels des collectivités locales, des entreprises... Et j'ai appris beaucoup de choses. Beaucoup, beaucoup de choses. (...) Une richesse, si vous voulez, quelque chose de nouveau, de particulier. » « Je me suis occupé des boxers, des basketteurs, des kayakistes, des ceci, des tennismen, etc., des judokas et tout le bazar (...). C'était un petit peu autre chose. Ce n'était pas la même activité, cela changeait un peu. »

« Ce que je faisais me plaisait (bis) : je pense que c'est la raison essentielle (qui m'a amené à poursuivre mon activité). Et comme parallèlement je faisais toujours des études épidémiologiques, de recherche, etc., qui me plaisaient, j'avais besoin des deux si vous voulez : le cabinet me permettait de faire mes études épidémiologiques, comme l'exercice en maison d'enfants me permettait de faire mes études. Voyez : j'avais les dossiers ! (rire contenu) »

- Enfin, ils ont su également **anticiper financièrement leur départ à la retraite** (double secteur d'exercice, cumul de retraites, aménagement de leur ancien cabinet en vue d'une meilleure vente¹¹⁸).

¹¹⁸ A la fin de leur période d'activité, deux enquêtés ont par exemple déménagé leur ancien cabinet (attaché à leur domicile) à côté de la pharmacie ou dans un cabinet de groupe, afin de s'adapter aux nouveaux besoins des jeunes médecins.

« C'était pris en compte pour votre retraite, et puis vous aviez une carrière hospitalière et puis un pied à l'hôpital, c'est plus sûr d'être fonctionnaire. » « J'ai donné des cours. Ce qui fait que c'était très sympa parce que pour ma retraite, ça m'a arrangé. Ah oui ! Ça a été comptabilisé. » « (Les 10 dernières années d'exercice), c'est une chose à laquelle j'ai pensé à la retraite parce qu'on a le droit de faire cette profession-là jusqu'à 70 ans. Et donc après avoir arrêté la médecine générale, cela permet d'avoir... Oh ! Ce n'est pas beaucoup puisque dans le meilleur des cas, cela fait une recette entre 5 000 et 6 000 euros, par an. (...) – Et le fait de faire une chose différente, c'est bien ? – Oui, c'est pas mal, et puis cela permet – indifféremment des revenus que cela donne -, cela permet de ne pas quitter la médecine, hein. On peut voir des confrères, et on continue à s'intéresser à telle chose ou à telle autre. Et comme on a le temps en plus, c'est encore plus simple... »

C. Pourquoi ont-ils malgré tout pris leur retraite ? (hormis les cessations d'activité consécutives à un problème de santé)

- La majorité des notables ont trouvé un successeur, dont ils ont parfois attendu l'arrivée.

« J'ai arrêté de travailler à 68 ans et demi, mais j'aurais bien travaillé jusqu'à 70 ans. Il s'est trouvé que quelqu'un est venu me demander la place – surtout que c'était quelqu'un qu'on connaissait bien -, donc on a saisi l'occasion en se disant : 'on n'en aura peut-être pas d'autres'. » « Je suis resté jusqu'à la limite en attendant que mes deux enfants soient ensemble pour faire le boulot. »

- Un médecin a décidé de « se consacrer à sa famille »¹¹⁹.
- Un médecin a décidé que « passé un certain âge, il est sage de s'arrêter ».

Les aspects négatifs

Dans ce premier groupe, le passage à la retraite est vécu plus douloureusement, du fait des bénéfices que ces médecins retir(ai)ent de leur travail : ce sont eux qui ont exprimé le plus leurs sentiments de culpabilité, de stultitude ou d'inutilité, voire de frustration et de colère quand ils ne peuvent plus exercer (suffisamment)¹²⁰. Autrement dit, ils acceptent difficilement leur mise à l'écart officielle de la vie professionnelle.

De plus, parce qu'ils étaient intimement persuadés de l'efficacité et du bien-fondé de leurs pratiques, leurs incompréhensions sont grandes à l'égard des contrôles de leur travail (par la Sécurité sociale¹²¹), particulièrement lorsque ces contrôles ont pointé des abus financiers. Considérés comme injustifiés, voire choquants, ils ont pu être des motifs secondaires de départ, ou peuvent expliquer le soulagement que ces médecins ressentent après leur départ. En effet, ils avaient, quand ils étaient encore actifs, le sentiment d'être « agressés », « harcelés », « fliqués », « ciblés ». Ce sentiment est partagé par d'autres enquêtés, mais il est plus prononcé chez les médecins de ce groupe car les contrôles remettent en cause des carrières longues et « réussies », un savoir-faire acquis.

« Non mais, là il y en a marre, pfff ! (ton sérieux) Dans la même année – en 2005 –, j'ai eu deux types qui sont venus me dire : 'on va vous expliquer comment il faut travailler, vous êtes très cher'. Au bout de 35 ans, ce n'est pas acceptable ! Je me suis dit : 'bon, ce n'est pas si mal, j'ai d'autres choses à faire' (ton bas). Si vous voulez, c'est quand même un problème (ton haut) : j'ai l'impression que je n'ai pas trop mal travaillé pendant 35 ans quand même. Alors, qu'on vienne me dire maintenant : 'il faudrait demander moins d'ambulances, moins de machins'... Vous comprenez, je sais qu'il va falloir discuter du fond des problèmes, mais pas emmerder les médecins sous prétexte que... On vous envoie 10 pages de profil, le dico sur les médicaments, sur les antibiotiques. Bon alors (ton dubitatif), les jeunes sont formés comme cela, je veux bien... mais nous... Enfin,

¹¹⁹ Rappelons que ce motif est le principal chez les femmes actives reconverties rencontrées (voir 3.3 A).

¹²⁰ Des cas de médecins hospitaliers vivant également mal leur départ à la retraite ont été rapportés : « J'ai un collègue masculin qui a toujours beaucoup travaillé : il a 70 ans, il va arrêter mais il est ulcéré car on ne veut pas le garder en fait (à l'hôpital). »

¹²¹ « (Avant) on était maître de la situation complètement : maintenant on est vraiment pris, on est vraiment coincés entre le patient et la Sécurité sociale ! » (RT ayant eu une grosse clientèle)

s'entendre dire après 35 ans de carrière que les médicaments qu'on a donnés sont injustifiés et inefficaces, c'est aberrant ! Mais moi, les clientes qui travaillaient dans le commerce, qui avaient les jambes lourdes de rester toute la journée debout, elles étaient bien contentes que je leur donne quelque chose !! »

Enfin, malgré le fait qu'ils aient pu revendre leur clientèle, les « notables » éprouvent beaucoup de regrets. C'est notamment le cas de certains hyperactifs, qui se sont surengagés bénévolement ou qui ont créé des structures dont le maintien n'est pas forcément assuré.

« Je sais qu'après moi, personne n'investira à ma manière. » « Cela m'a un peu déçu de n'avoir pas pu retrouver des successeurs qui avaient les mêmes désirs d'accomplissement professionnel. » « Tout le boulot que je fais... Il ne va pas y avoir quelqu'un derrière moi qui va vouloir – exactement comme au cabinet – faire tout le boulot que je fais (voix triste). Vous voyez ce que je veux dire : ils sont là, ils m'aident - présents, on ne peut pas dire qu'ils ne sont pas présents, mais... ils ne vont pas le faire. Pour des raisons qui leur sont propres : ils vont trouver qu'ils ont trop de travail à côté, qu'il y a ci, qu'il y a ça, etc. (...) Ma difficulté, c'est justement cela : de trouver quelqu'un qui soit aussi motivé que moi pour faire ce que je fais. (...) Et en plus, motivé : sans retour financier. »

Des enquêtés de ce groupe ont vu à la fin de leur exercice leurs revenus diminuer, en raison de leur âge (et de celui de leurs patients), de leurs spécialisations (pédiatrie, gynécologie par exemple), mais aussi du fait de l'arrivée de jeunes confrères ou de services d'urgence (induisant une certaine concurrence et une diminution subie du nombre de leurs visites) et de changements d'habitudes de leur clientèle. D'autres ont souligné « l'augmentation des pressions des patients (pour obtenir) radios, analyses et prescriptions) », « des examens redondants ».

Résumé du premier groupe

Ces médecins sont parvenus à reproduire à des degrés divers les modèles d'organisation du travail valorisés en médecine (de type hospitalier) : ils ont (eu) des exercices centrés sur des clientèles filtrées, avec un accès à des moyens techniques, des discussions de cas entre médecins, et la plupart ont délégué les tâches de secrétariat et de gestion comptable. Ils ont su globalement aménager leur temps de travail et leur organisation : non seulement ils ont rendu leur travail supportable (confort, équilibre) mais ils en ont aussi fait une source de plaisir (maîtrise, enrichissement, liberté).

Accord entre l'activité et les besoins intellectuels, financiers et personnels

Les médecins de ce groupe ont choisi une région d'installation propice à une activité « paisible », ont élu des lieux « attractifs » et choisi des « spécialisations » en phase avec les populations locales. Ils ont bénéficié de la présence de structures sanitaires et se sont insérés dans des réseaux (qu'ils ont parfois créés). Les régions et les modes de travail retenus leur ont permis d'éviter les gardes et de disposer de suffisamment de temps pour leur vie personnelle. Ils ont eu la possibilité de jouer un rôle de transmetteur (d'initiation auprès du successeur – parfois des enfants). Ils ont bâti et réalisé un projet professionnel « intéressant », ont approfondi leurs connaissances et se sont consacrés à leurs centres d'intérêt (professionnels).

Incidence des profils professionnels et des facteurs d'ordre privé

Les valeurs et les souhaits de ces médecins sont en adéquation avec les conditions de l'exercice libéral (accomplissement professionnel, organisation libre du travail, indépendance, rentabilité). Ils ont le sentiment profond d'être utiles, de remplir des missions valorisantes (santé, famille, politique, bénévolat, vie associative, mairie, etc.). Enfin, ils ont reçu le soutien de leurs conjoints.

3.2 Partir précocement : être rattrapé par les effets négatifs de la médicalisation, se laisser prendre, trouver sa voie.

Groupes	Sous-groupes (profils de médecins)	Risques de burn-out
Second groupe de médecins Des cessations précoces liées à des modes d'exercice devenus impossibles	Des médecins : 2.1 « dinosaures » ¹²² , dépassés par la concurrence locale et par les évolutions de la médecine 2.2 « relationnels », omnipraticiens malgré eux (dont des « humanitaires », et une majorité de femmes), dépassés par les demandes de leurs patientèles 3.3 en recherche existentielle, qui ont trouvé finalement leur voie ailleurs.	+++ +

Résumé des caractéristiques du second groupe¹²³

Le décalage entre ce que ces médecins ont escompté durant leur formation (la possibilité d'exercer en accord avec leurs idéaux professionnels, de travailler dans leurs domaines de prédilection, le statut social, comprenant pour certains les ressources financières) et les réalités quotidiennes du travail a été trop important. Ils ont en fait été amenés malgré eux à ne plus assez travailler, ou au contraire à trop travailler. Dans les deux cas, exercer en tant que libéral leur est devenu impossible, ou insupportable (ils ont dû cesser de travailler ou se sont reconvertis, le plus souvent après s'être épuisés professionnellement).

Certains de ces médecins ont exercé seuls sans l'avoir choisi (le plus souvent suite à des mésententes avec d'autres confrères – y compris en association, notamment à cause de problèmes d'organisation des gardes). Mais plus fréquemment, ils ont subi les changements de la nature de leur activité (suite à la médicalisation de la société, leur travail est devenu inintéressant et moins rentable) ou la dégradation de leurs conditions de travail : ils ont été dépassés par les demandes de leurs clientèles, spécifiques et plus difficiles à prendre en charge. Cependant, certains de ces médecins sont partiellement responsables de ces évolutions, dans la mesure où ils ont refusé de changer, d'être aidés par exemple. Enfin, des enquêtés ont simplement trouvé leur voie au travers de la médecine générale.

Dans ce groupe, les reprises de clientèles sont plus rares, celles-ci étant devenues peu attractives (pas assez importantes ou supposant trop de responsabilités médicales : « dossiers trop lourds », « que des cas graves »). Ces médecins sont aussi plus conscients des limites de la médecine générale (dans sa composante strictement médicale), (très) critiques, voire pessimistes quant au futur de la médecine générale au regard des évolutions actuelles (dérives financières, augmentation des examens complémentaires prescrits, aux dépens d'examens cliniques traditionnels, de l'écoute des patients ou de l'élaboration du diagnostic par les généralistes¹²⁴).

¹²² Ce terme est employé par certains médecins interrogés, qui se qualifient eux-mêmes de « dinosaures ».

¹²³ Le second groupe regroupe la majorité des médecins ayant cessé précocement leur activité libérale et des actifs reconvertis.

¹²⁴ D'où également leurs critiques plus prononcées à l'égard des demandes exponentielles d'usagers (« Vous savez, on a des patients qui viennent ici : 'J'ai mal à la tête, faites-moi un scanner' ! »).

Les médecins ont l'un des trois profils suivants :

- **Premier sous-groupe** (« les dinosaures ») : suite au changement de la composition de la population locale ou à l'arrivée de confrères (concurrents), ils ont subi une augmentation des contraintes dans leur travail et une évolution de la demande. Ils rejettent donc de façon plus prononcée le rôle de simple prestataire de services ou d'aiguilleur (voire « *de bouche-trou* ») vers les spécialistes qu'ils se sont vus imposer. Ils ont rencontré des problèmes financiers importants, et évoquent donc plus systématiquement la lourdeur des « *charges financières* » et administratives. Ils se sont finalement démotivés, la plupart n'ayant pas pu ou pas voulu changer d'orientation de soins.
- **Second sous-groupe** (« les relationnels, omnipraticiens malgré eux ») : ils ont été pris, ou « *dépassés* » par la prise en charge de patients issus principalement de milieux urbains modestes, voire défavorisés. Cependant, leur profil les a conduits à trop donner (le surengagement est particulièrement net chez des médecins ayant un profil d'« *humanitaire* ») ou à refuser de déléguer la prise en charge de leur clientèle, ce qui a engendré une surcharge de travail ayant largement empiété sur leur temps personnel.
- **Troisième sous-groupe** (« les parcours initiatiques ») : après des épreuves (divorces, graves problèmes de santé), ces médecins se sont découverts : ils ont compris quelles étaient leurs limites personnelles, mais aussi leurs véritables motivations.

A. Les dinosaures : des médecins en rupture économique et éthique¹²⁵

Ce qui a dévalorisé malgré eux leur travail : la réduction progressive de la taille de leur clientèle et de leur champ de compétences

- La clientèle de ces médecins a pris des habitudes « *citadines* » (choix de médecins différents selon les circonstances, demandes de déplacements rapides, augmentation des consultations chez les spécialistes de ville et dans les services d'urgence hospitaliers). Dans le même temps, d'autres confrères se sont installés. Ces changements ont fait suite à l'explosion démographique et aux changements sociologiques qui ont concerné des petites villes, en province et à proximité de Paris (communes devenues des quasi-banlieues, villes devenues des agglomérations, de grands pôles urbains)¹²⁶.

« Je suis arrivé donc à 55 km de Paris. À l'époque, c'était un petit village et j'avais plus une clientèle rurale que de ville, qui c'est au fil des années transformée, parce qu'il y avait de plus en plus de jeunes cadres, que le village est passé de 900 habitants à 3 000 habitants, et les paysages autour aussi : c'est devenu maintenant une agglomération presque, cela a bien changé ! »

« C'est l'apport de la ville à la campagne. Jamais un agriculteur ne m'a dit : 'si vous ne venez pas tout de suite, j'appelle les gendarmes', non. Il n'y a que ceux qui étaient dans des HLM de la banlieue de M. (ville), qui sont venus remplir les HLM de C. (du village) (...). C'est plus la nouvelle génération. (...) Autrement dit, quand elle (une jeune patiente) est à M., elle peut aller voir son médecin, quand elle est ici, elle ne peut pas se déplacer de chez elle ! »

¹²⁵ Ce premier sous-groupe comprend les retraités précoces (sauf deux appartenant au premier groupe), un retraité tardif et un actif reconverti.

¹²⁶ Ils se sont plutôt installés dans les années 70 – période pourtant faste aux dires d'autres enquêtés qui ont témoigné de retraites « triples » par rapport à celles des médecins actuellement en exercice (possibilités de prendre des années sabbatiques, de faire des remplacements), ce qui confirmerait que le lieu d'exercice serait plus déterminant que l'époque de l'installation dans les carrières médicales.

- Suite à ces évolutions - allant le plus souvent de pair avec **une forte baisse de leur chiffre d'affaires**-, ils avaient déjà envisagé leur départ à 65 ans ou avant 65 ans. Ils ont ensuite tous saisi « l'opportunité », « l'occasion » du MICA : ils gagnaient « pratiquement autant » ou « plus » en prenant leur retraite qu'en travaillant.

Les évolutions qu'ils ont subies au cours de la seconde partie de leur carrière les ont fragilisés et ont eu une autre conséquence : la plupart ont mis définitivement fin à leur activité médicale. Deux enquêtés font cependant exception : l'un (se qualifiant lui-même de « dinosaure » et « d'anti-médecin ») s'est quasiment reconverti tardivement, ce qui lui a permis de ne pas « partir dégoûté par la médecine » (il cherche même maintenant à multiplier les activités, ce qui correspond davantage au profil du premier groupe) ; l'autre n'est pas parti pour des raisons financières (voir encadré en fin de chapitre « un exemple de burn out »).

Pourquoi ont-ils cessé toute activité ?

- **Ils n'avaient plus intérêt, financièrement parlant, à travailler, mais surtout, leur métier commençait, pour eux, à ne plus avoir d'intérêt.** Ils avaient le sentiment de vivre la fin « d'un genre de médecine » (« plus artisanale, plus humaine », « moins sophistiquée »), ils ne se sentaient pas en phase avec la nouvelle médecine générale (dont la nouveauté n'était en réalité qu'apparente – cf. 2.) : ils se sentaient étrangers ou réfractaires à des logiques de soins désormais dominantes dans la société.

« Dans notre génération, on était dans un système avec l'impression d'être efficaces (rires). Mais au fil des années, on a vécu les évolutions de thérapeutiques innovantes, tout en en mesurant les limites - l'investissement bureaucratique étant (en plus) de trop, sans aucune légitimité par rapport à l'activité des soins telle qu'on l'avait pratiquée. (...) Donc la puissance de la technique, et donc la dévalorisation de la clinique – et du coup, des aspects économiques... Là, par contre, cela, ça me heurtait de plus en plus (...). » « La dégradation de la médecine ? (...) C'est la dérive scientifique (...). C'est-à-dire que je pense que c'était de l'artisanat à côté de la grande industrie. La grande industrie, c'était : je t'infilte de la cortisone dans le dos, dans le truc, c'est-à-dire l'efficacité immédiate, sans pis sur le devenir des articulations 10 ou 20 ans après ! (...) Les examens complémentaires – la biologie, les radios et tout le bastingue - ont pris le devant de la scène, on a oublié les êtres humains, voilà... (...). On a voulu faire des (médecins des) savants si vous voulez, et ça ne m'épate pas si vous voulez, ça ne m'épate pas. Et je vois des trucs : je vois encore un médecin dans le coin que j'aime bien, qui soigne une vieille dame qui a un problème neurologique, qui a des douleurs atroces et il ne veut pas la passer sous morphine parce qu'il dit : 'c'est encore trop tôt' !! Je pense que la position des médecins français sur la morphine, on est un peu nuls... » « On est passés à des tas d'examens plus sophistiqués, plus longs, et pas toujours utiles. »

- Ils ont été obligés de mettre fin à leurs consultations « spécialisées » et de ne plus réaliser de gestes techniques, ou leur activité s'est peu à peu réduite à la « prestation de services ». Autrement dit, suite à la systématisation du recours aux spécialistes, aux connaissances et aux outils médicaux, leur pratique de la médecine générale est devenue malgré eux « ce qui restait ».

« Dans la plupart des cas, petit à petit, la grossesse est devenue quelque chose de pathologique (...). Dans les dernières années – c'est là que j'ai commencé à me dire : 'ça tourne de moins en moins rond' (...)-, l'apparition des échographies a fait qu'on se limitait à la déclaration de grossesse puis ensuite hop ! Ça partait chez les spécialistes (...). On prenait en charge des rhumatisants, des pathologies organiques : il y avait toute une consultation spécialisée. Mais, petit à petit, les spécialistes s'installant, ils développaient leurs activités par nécessité, en prenant en charge les gens, et en les suivant (...). Je voyais réapparaître des personnes ayant des domaines de consultation spécifiques, qui revenaient vers les médecins généralistes parce qu'on commençait le verrouillage d'accès à certaines spécialités. »

« Cela se passait bien, c'est seulement à la fin avec la multiplication des spécialistes, des médecins - en plus, j'ai eu un problème de santé. Des gens que je ne voyais plus, qui voyaient le pédiatre ou le gynécologue, et qui venaient me voir en dépannage si vous voulez, moi ça m'horripilait un peu, quoi. (...) Ce n'était pas une

lassitude de la charge de travail si vous voulez, c'est plus une lassitude... de ce métier que je trouve devenu un métier de cons. » « Ne plus faire certains gestes techniques¹²⁷, que des certificats, des dossiers, c'était pas motivant. » « Quand je me suis installée, y'avait une épidémie de grippe, on pouvait voir 10 grippes le midi en visite. Autant là, ils vous demandent de faire une lettre pour le dermato, ils en profitent pour concentrer tout, ils ont leurs listes (...), c'est chronophage. »

« Avant, c'était régulier : les (généralistes) premiers arrivés gardaient les gens, on faisait les examens... Bon, les gens ont le droit de voir des spécialistes, mais donc ils sont souvent plus difficiles, ils ne veulent plus, c'est tout juste s'ils ne disent pas : 'maintenant faites-moi la lettre (pour le spécialiste)'. La médecine de famille a pratiquement disparu. C'est devenu comme les grandes surfaces. Moi, par exemple, je voyais plein de gens s'arrêter entre 17 heures et 17h45 - c'était les passages de voitures du L. : ils se disaient : 'tiens, l'autre couillon travaille encore, on y va' ! Vous commencez un traitement, et puis vous ne les voyez plus, ou alors, ils viennent parce que les autres ne reçoivent que sur rendez-vous ! »

La fin du médecin de famille ou la fin des cultures ouvrières ?

Les changements de profils des clientèles ont été encore moins bien vécus chez des médecins habitués à un tout autre rapport avec les patients.

Et justement, le profil de clients que vous aviez ?

Mon Dieu ! (rires) Maintenant, on pourrait les classer dans la préhistoire, hein, ou les mettre dans une cage en considérant qu'ils sont des animaux qui n'existent plus. C'était... C'était fantastique. Moi, j'allais chez les gens – chez la majorité des gens -, j'arrivais, il y avait une serviette avec une savonnette – toujours neuve, jamais une savonnette, hein, pour se laver les mains – et Dieu sait qu'il n'y avait pas les possibilités qu'il y a maintenant, hein : pas d'eau courante. Mais là, il y avait de l'eau chaude parce que les gens avaient prévu cela avant (tape du point) : c'était remarquable. (...) C'était un ancien camp de ligne Maginot, donc il y avait des casernes, et des maisons particulières (...). Il y avait une grande rue, il y avait une infirmière qui était à demeure - puisque c'était des maisons d'ouvriers (...). Elle me disait quelles étaient les personnes que je devais voir au moment de la consultation. Et on enfilait donc la rue principale, il y avait des maisons d'un côté et de l'autre. Je commençais. J'arrivais donc vers 5 heures et demi (et on me disait) : 'Docteur, vous prenez l'apéritif ?'. Je disais : 'non, quand même' - 'Si c'est pour aller jusqu'à l'aube, enfin, vous prendrez bien quelque chose' – 'Bon (d'accord), un peu d'amuse-gueule'. Bon, on commençait avec un bout de pain avec quelque chose. Arrivé à 6 heures, 6 heures et demie, je commençais à manger, alors je mangeais un plat. Je passais à la maison d'à côté, j'en mangeais un deuxième, et puis quand j'arrivais à la... – puisqu'il y avait bien 40 maisons d'un côté, une quarantaine de l'autre -, j'avais largement fini de manger, plusieurs fois déjà. Je rentrais chez moi, je disais à ma femme qui avait préparé à manger : 'surtout ne me prépare pas quelque chose, je suis déjà rempli, mais alors jusque-là'. Et... elle râlait d'ailleurs : 'ce n'est pas la peine que je te fasse à manger !'. Bon, tout cela ne se fait plus, hein. Est-ce que c'est un bien ou un mal ? Non, il y avait un respect qui était quelque chose... je ne vais pas dire de normal, m'enfin... C'est vrai que c'était un peu gros, un peu fort, mais bon, c'était quand même très agréable, et puis bon, on était vraiment un médecin de famille.

- Une partie de ces médecins n'ont pas voulu participer « aux dérives financières » de la médecine¹²⁸ (**principal motif de cessation**).
- Deux médecins ont attendu d'avoir un cumul de points pour la retraite suffisant pour prendre leur retraite. Cependant, le premier a surtout poursuivi son exercice afin que ses enfants puissent prendre sa succession, et les motivations du second sont finalement complexes (ce qui est souvent le cas).

« Ne travaillant pas le mercredi, le samedi, ne travaillant pas après 18 heures, donc à la fin je pouvais continuer encore quelques années, hein : ce n'était pas très fatigant. Mais il faut aussi voir que mes revenus des dernières

¹²⁷ C'est aussi la peur de se le voir reprocher qui a pu conduire des enquêtés à ne plus faire certains gestes techniques : « à un moment donné, je m'étais mis à faire des électrocardiogrammes moi-même : j'ai fait de la cardio, etc. Mes copains me disaient : 'ne fais surtout pas ça, tu vas avoir des problèmes ! Si tu passes à côté d'un truc... Envoie-les chez les cardiologues.' (...) Vous êtes... Actuellement, vous êtes accablé de paperasses, obligé d'envoyer des gars pour vous couvrir en cas de pépin chez le spécialiste... heu... dûment répertorié, etc. Vous comprenez, moi je considère qu'il y a un délitement. »

¹²⁸ Ils proposent des solutions radicales, telles que la remise en cause du système du paiement à l'acte ou la fin de la liberté d'installation – à l'instar du 3^{ème} sous-groupe de médecins (hommes reconvertis et ayant connu également des difficultés financières, mais pour d'autres raisons : voir 3.3 B).

années n'ont jamais dépassé 20 000 euros par an - ce qui, pour un médecin généraliste, est quand même très peu, hein. Donc c'était : je gagne plus en retraite que mes dernières années de travail. Mais bon, c'était quand même agréable – si ce n'était pas ces problèmes administratifs, voilà. J'aurais pu continuer, mais je ne l'aurais pas fait, hein, - mais j'aurais pu le faire.

Vous n'auriez pas pu, ou vous avez choisi de ne pas le faire ?

Non, je ne l'aurais pas fait quand même, car je pense qu'il faut laisser un moment donné : il y a un temps pour tout.

Un temps pour tout, avec votre conception de la retraite ?

Ah, oui, tout à fait. C'est un autre livre à écrire, oui... »

- Un médecin actif reconverti est parti suite à la fin brutale du dispositif du médecin référent, qui était sa principale ressource financière (« *Tout ce que j'avais voulu faire était réduit à zéro... Et j'ai de nouveau été impossible.* »). Cependant, il a également eu d'autres motivations, dont une « opportunité » : il s'est vu proposer un poste¹²⁹.
- Enfin, un médecin de campagne a décidé qu'il ne voulait « *plus travailler pour rien* » (ses arguments sont résumés dans l'encadré ci-dessous).

Un médecin en colère

En plus des déplacements qui ne sont pas pris en compte, « à cause de la fixité de certains prélèvements, plus on travaille, plus on est taxé. La générosité a des limites hein, et je me suis rendu compte d'une chose : c'est qu'effectivement la seule chose qui n'était pas imposée, c'était le repos. Donc j'ai pris de plus en plus de repos... (...) Au fur et à mesure que les années ont passé, j'expliquais aux gens que c'était plus bénéfique pour moi d'arrêter de travailler une semaine comme médecin pour repeindre ma maison – parce qu'en travaillant comme médecin, je ne gagnais pas assez pour payer le peintre... Voilà. Et de façon triviale - c'est un peu grossier, mais ça veut dire ce que ça veut dire -, c'est que : (...) quant une personne âgée avait un fécalome (sourire), et qu'il fallait extraire ce fécalome au doigt, (...) on était payé même pas une consultation - c'était côté en K, K5 je crois –, et j'expliquais en parallèle que le plombier qui venait me déboucher mes WC me prenait 10 ou 40 fois plus cher. Voilà : ce qui veut bien dire quelle était la dégradation de l'acte médical (...).

Mon pouvoir d'achat a baissé régulièrement pendant tout mon exercice (bis). Au départ, toutes les charges – charges du cabinet médical, cotisations retraite, voitures, enfin tout l'ensemble représentait 30 à 35 % des recettes... Quand je suis parti, ça représentait 60 à 65 % des recettes... (silence)

Et pour le MICA ?

C'est-à-dire que je ne me suis pas rendu compte (tout de suite) qu'il valait mieux se barrer que de continuer comme ça : cela faisait 10 ans, 20 ans que je râlais parce que plus rien n'allait, et finalement, tout d'un coup, on me donnait la possibilité de partir... Ils ont démoli complètement notre système de santé, et ils sont pas près de s'en remettre, parce que les rigolos comme nous, ça n'existera plus, il n'y en a plus ! Hein, taillables et corvéables à merci, il n'y en plus : terminé... »

Ce qui a achevé de détériorer leurs conditions de travail ou leurs conditions de départ à la retraite (le refus ou l'impossibilité de changer)

- Ces médecins n'ont pas pu ou ont refusé de changer leurs pratiques ou leurs habitudes de travail : critiquant la médicalisation à outrance (ils nuancent fortement l'intérêt des innovations techniques et le bien-fondé de la « *toute puissance* » médicale), certains ont refusé de répondre à certaines demandes de clients qu'ils ont perdus (se déplacer à domicile, prescrire des médicaments jugés dangereux, ou des actes jugés inutiles, par exemple en pédiatrie).

« J'ai eu d'énormes problèmes avec des spécialistes, avec des patients surtout encore plus, parce que je refusais de prescrire des médicaments, en leur disant : 'non, vous savez, ce médicament, ce n'est pas un bon médicament, il a été expertisé, il provoque des effets secondaires extrêmement sévères, il provoque des morts, je ne vois pas pourquoi je vous donne(ra)is (...). Moyennant quoi, souvent, on me quittait, en disant : 'il est emmerdant celui-

¹²⁹ Comme une autre enquêtée du second sous-groupe affirmant avoir cessé d'exercer parce qu'elle ne gagnait plus suffisamment pour vivre.

là, avec ses idées à la con, il ne veut pas donner ci, il ne veut pas donner ça'. C'est vrai que c'est difficile, hein : vous ne voulez pas donner un médicament, et puis le cardiologue, qu'est-ce qu'il fait quand il vous balance une lettre ? Il dit : 'il faut le prendre', alors qu'on sait très bien qu'il sert à rien. Et si moi je le sais, je pense que les spécialistes devraient le savoir encore mieux que moi, hein. Mais ce n'est pas le cas, ou si c'est le cas ils font semblant de ne pas le savoir – ce qui est bien pire, à mon avis. »

- **Certains auraient dû déménager, et/ou se spécialiser** (deux quasi-spécialistes en puissance n'ont pas franchi le pas¹³⁰), **et/ou passer à des exercices salariés, et/ou quitter des associations pénibles** (motif finalement principal de cessation précoce chez un enquêté : voir encadré ci-dessous).

Cependant, contrairement aux médecins reconvertis (généralement plus jeunes), ils n'en ont pas eu « la force » (ils étaient très attachés à la qualité de vie locale, aux atouts du travail en association, et surtout à leurs clientèles « agréables » et « équilibrées »).

En effet, se reconverter nécessite une certaine forme de courage, un esprit un peu aventurier, car cela induit une prise de risques, y compris financiers.

« Je n'avais pas envie de bouger, de changer... Avoir le courage de recommencer autrement..., bon, c'était lourd quand même. Parce que quand même (bis), j'en ai tiré un certain confort de vie, malgré tout, hein - même si ce n'était pas merveilleux -, sur le plan du temps de repos. Sur ce plan-là, c'était positif quand même, hein. Voilà. »

« Mon associé m'a bousillé ma carrière » : un exemple d'association particulièrement malheureuse

Dans un cas (et un seul), un médecin a été « forcé » de s'associer, ce qui s'est passé de manière particulièrement brutale : « cela s'est présenté de façon violente. C'est-à-dire que l'autre médecin... heu... m'a dit, en un mot... heu... : 'bon, on s'associe ou je te coule'. C'était un dictateur. »

« Il y a eu énormément de difficultés : le groupe a éclaté à un moment donné. Alors pour plusieurs raisons : c'est que premièrement, dans les médecins qui sont partis s'installer en face, il y en a eu un qui est parti parce qu'il n'était pas du genre à supporter le dictat de ce médecin installé là, et de sa femme – qui gérait tout -. Voilà, c'était un vrai désastre. Donc, il s'est barré lui, et puis il m'a dit : 't'as eu tort de ne pas te barrer en même temps que moi' - et j'ai peut-être eu tort. Donc, lui, il est parti (...). Par contre, il y en a un autre qui est parti, et alors là, pas de problèmes, hein : on était tous contents qu'il foute le camp ! (...) On était contents parce qu' (...) on ne voulait plus exercer avec un mec pareil. Et puis finalement, il est resté quelques années, et puis il est parti s'installer à M., parce qu'il était réputé. Il s'est fait une clientèle extraordinaire - mais des fêlés comme lui : c'est-à-dire qu'il faisait des certificats à tout le monde contre les vaccinations, heu... enfin bon voilà - ce qui prouve qu'en étant fêlé on peut faire une très grosse clientèle, hein. Il a réuni les fêlés quoi, comme lui, quoi. Mais alors, nous, on a récupéré des gens de sa clientèle (bredouille) : il traitait les gens avec des petites herbes – moi, j'ai fait de la phytothérapie, je sais ce que c'est, hein -, mais il traitait des gens qui avaient un cancer. Enfin, nous, on a ramassé des désastres pas possibles, hein!

Ah oui.

Il était appelé pour des douleurs thoraciques, il filait de l'Ignacia 32 CH à quelqu'un pendant la garde. Bien le lendemain matin, il était mort hein, avec un infarctus massif quoi! (bredouille) Non, oui : il y a de quoi écrire un bouquin sur tout ce qui a pu se vivre là, hein. Moi qui comptais avoir une vie tranquille, à la campagne, c'est fou ce que... ! Ah, oui, j'ai trouvé un autre monde, hein...

Et ils étaient originaires d'ici ou... ?

Ah, celui qui s'est installé - le grand chef, le grand patron -, lui c'est quelqu'un qui a cherché à racheter une clientèle énorme pour faire énormément (d'argent) : lui, il n'est pas venu là pour enfiler des perles, voilà (bis). Les autres non : ça a dû se passer comme ça s'est passé pour moi, et c'est tout. Et par contre, quand lui est parti...

Le patron ?

Oui, s'installer à M. - et en particulier comme cela vendre sa clientèle pour la 4^{ème} fois, et naturellement la garder encore en partant à M., il a été remplacé par son double : par un médecin qui cherchait dans toute la région à racheter une très grosse clientèle où l'on puisse faire beaucoup de pognon : voilà. Et donc, moi, j'ai dû me taper pendant tout mon exercice tout ce que je détestais... Et bon... Ce n'était pas marrant, mais j'ai fini par m'y faire, heu... mener ma vie à moi, quoi... (long silence)

(...) Le premier a traité sans que les deux autres médecins sachent qu'il traitait des contrats séparés - ah, oui ! C'est un désastre sur ce plan-là, hein : les médecins comme cela qui existent, c'est une catastrophe pour la profession... (...) Ce n'était pas du tout dans mon état d'esprit, j'ai supporté ça difficilement ! En réalité, la liberté que je croyais avoir en libéral, je ne l'ai pas eue du tout. » (rire jaune)

¹³⁰ Une femme ayant un profil de « relationnel » (clientèle comprenant beaucoup de personnes ayant des problèmes psychiatriques) et un homme ayant passé un diplôme de spécialiste auraient pu s'installer en secteur 2 (car ils exerçaient déjà en centre ville et à proximité d'un grand centre urbain).

- Enfin, alors que certains pratiquaient une médecine plus « lente »¹³¹, ils sont restés en secteur 1 (comme des enquêtés du sous-groupe suivant) : ils ne sont pas alors parvenus à avoir des ressources financières suffisantes pour exercer « dans de bonnes conditions de travail » (pour embaucher des secrétaires, acheter du matériel).

Dans ce premier sous-groupe, seuls deux enquêtés ont trouvé un successeur. L'un lui a cédé gratuitement sa clientèle. Pour l'autre, il s'agissait d'une « occasion inespérée » qu'il a saisie, avant « de se résoudre à prendre le MICA » (son cas est présenté dans l'encadré ci-dessous, car les problèmes qu'il a rencontrés s'apparentent à ceux des médecins appartenant au deuxième sous-groupe).

Un exemple de *burn out* qui résulte d'un sentiment d'insécurité au travail

Dans ce premier sous-groupe, un médecin ne rencontrait pas de problèmes économiques, mais ses relations avec les enfants de ses patients, issus de milieux ouvriers, dans une cité de la banlieue parisienne devenue « difficile », se sont fortement détériorées. Il a alors eu à faire face à des vols, à des détériorations du cabinet, à des risques de violence lors des visites.

« J'ai arrêté parce qu'il y a eu un concours de phénomènes : d'une part parce que j'en avais un peu ras le bol de me faire agresser, d'autre part parce que ma femme était très très inquiète – elle ne vivait plus, hein. J'ai eu l'occasion d'avoir un jeune confrère (...) qui a voulu reprendre (...). J'aurais pu continuer plus, mais dans d'autres conditions (...). J'ai pris le MICA, parce que j'étais en permanence agressé – moralement tous les jours, et puis physiquement, sans vouloir parler de coups et blessures, mais secoué. (...) (J'avais par exemple) des problèmes avec des femmes qui n'ont pas le droit d'être examinées sans accord du mari, tous les jours. Si le mari ne donnait pas le feu vert, je ne voulais pas (...). On a dû quasiment appeler le plombier une fois par semaine pour déboucher les toilettes. On demandait la clé des WC à la secrétaire, par exemple, et si ça n'allait pas assez vite, bah ils faisaient devant la porte... C'était fréquent aussi (...). Progressivement, on a mis des grilles, parce qu'on s'est fait cambrioler. »

Comme d'autres enquêtés, c'est plutôt la détérioration de ses conditions de travail qui a motivé le départ de ce médecin (les appels de nuit sont devenus plus fréquents, de même que les « incivilités » de patients ou de leurs proches, ce qui a entraîné de la fatigue, des peurs, l'« obligation de ralentir », et finalement de cesser l'exercice de la médecine générale).

Pour résumer, dans ce premier sous-groupe, au moins deux facteurs (coexistants) ont favorisé les départs :

- le décalage entre les orientations de soins des médecins et les évolutions de la médecine (technicisation et « spécialisation » des soins, « pathologisation », charges administratives) est le premier de ces deux facteurs. Ces orientations de soins sont en fait encore peu développées dans la société (elles supposent d'avoir une bonne connaissance des modes de vie des populations ; il s'agit d'une « médecine au pied nu », « de soins primaires », d'un travail en dispensaires, auprès d'« exclus »).

« (Mon associé, quelles étaient ses motivations pour partir ?) *Je pense aussi d'avoir eu sa dose (...). Mais... Oh je pense qu'il avait le sentiment d'avoir fait son parcours et... Mais tout ce qui était gestion, organisation, ce n'était pas trop son affaire... Mais il avait beaucoup travaillé. À un moment, il avait disjoncté, il avait fait une dépression. Enfin, ensuite, il avait repris. Alors lui, par contre, il était... – c'était déjà quand il était en exercice, hum. Il faisait des actions de type humanitaire en allant au Mali. Et donc il a poursuivi un petit peu après avoir arrêté...*

Donc lui, il a quand même poursuivi quelque chose qu'il avait commencé ?

Voilà, qui alliait une activité médicale, mais de type humanitaire dans un cadre et un contexte différents : justement pas du tout avec tous les machins, la Sécurité Sociale. Enfin là, nous, on était de la même génération - je crois de la même année. Et puis, donc l'âge faisant, et puis il y a eu l'opportunité du MICA à tous points de vue - ressources aussi -, qui était à saisir : je pense que c'était une combinaison pour lui d'éléments qui l'on

¹³¹ (Caractéristique du 2^{ème} sous-groupe). Ils soignaient notamment des personnes très âgées, handicapées, dépendantes ou atteintes de maladies chroniques, des populations modestes et/ou en rupture sociale (ce qui entraînait une augmentation de la longueur des consultations et du nombre de visites à domicile).

conduit à arrêter. Non, il n'y avait pas de raison de santé qui interférait, car il avait fait une dépression mais c'était 15 ans avant. Donc, non (silence). Enfin, je pense que ce sont les innovations, les trucs administratifs, et les évolutions du mode d'exercice qui tombaient mal (dit tout bas)... Il a préféré aller au Mali, faire du soin pur et dur plutôt que de remplir des obligations de type administratif, ou d'être marginalisé pour certains trucs, du fait de l'envahissement de certaines spécialités... »

- le fait d'avoir exercé (de gré ou de force) dans des zones géographiques défavorisées (banlieues).

Travailler en banlieue urbaine défavorisée ou auprès de populations défavorisées : des exercices plus difficiles, des soutiens à inventer

Dans le second groupe de médecins enquêtés, cinq médecins ont soigné principalement des patients faisant partie de populations défavorisées ou immigrées, progressivement touchées par des difficultés d'emploi et d'insertion sociale (deux ont habité dans des cités HLM et ont été obligés de déménager).

Parmi eux, certains se sont installés en connaissance de cause, mais ont subi des violences ou ont été dépassés par les demandes de leurs clients (qui se sont ajoutées aux difficultés de prise en charge accrues du fait de la barrière de la langue et des différences culturelles). S'ils condamnent les abus de certains patients, ils déplorent surtout le manque de soutien et d'écoute de la part des instances nationales au sujet de la dégradation de leurs conditions de travail (Conseil de l'Ordre, mairies, syndicats médicaux, ministères).

Les deux autres ont résolument choisi d'être au chevet de populations défavorisées ou exclues. Ils ont préservé jusqu'au bout de bonnes relations avec leurs clients, mais sont partis pour des motifs financiers. Le premier s'est trop donné et n'est pas passé en secteur 2 (alors qu'il pratiquait une médecine lente plus adaptée à ce type de clientèle : « après, avec le recul, je me rends compte qu'avec 20 euros toutes les demi-heures, on ne vit pas ») ; le second a cessé son activité suite à la fin du dispositif du médecin référent, mais aussi suite à la mort précoce de ses patients¹³², et à la découverte de ses limites en matière d'identification aux patients (ce qui l'apparente aux sous-groupes suivants).

Face à la complexité des prises en charge dans de tels contextes (médicalisation de la société, dimensions sociales et culturelles de la maladie, manque de places et de structures adaptées à leurs clientèles, etc.), ils insistent également sur l'importance de soutenir les « héros » qui résistent encore sur le terrain, et prônent le développement des centres de santé de proximité.

Les aspects positifs

Ces médecins, contrairement à ceux du second sous-groupe, sont malgré tout partis avant d'être en situation d'épuisement ou en rupture de santé. S'ils restent en colère (et des interlocuteurs de premier ordre pour avoir une vision critique des évolutions du travail en médecine générale), ils ont adopté une position de sagesse (« J'ai acquis du recul, une philosophie de la vie »). Enfin, les plus âgés se sont désengagés de la médecine, mais pas de la vie sociale : ils ont choisi de vraiment profiter de leur retraite (« Ne rien faire, c'est un second métier. »), en s'adonnant plus que les médecins du premier groupe à leurs centres d'intérêt premiers (nature, famille, culture, etc.). Autrement dit, dans ce premier sous-groupe, la page est tournée, une nouvelle étape de l'existence commence.

Résumé des principales motivations du premier sous-groupe à cesser précocement l'exercice

Évolutions des environnements professionnels locaux

Les médecins de sous-groupe ont pâti de nouveaux contextes de concurrence qui leur ont été défavorables (ils ont vu leurs patients partir chez de nouveaux confrères).

Inadéquation entre les évolutions des soins et le rôle envisagé

Ils ont dû soigner les patients des autres, ont vu venir à eux des clientèles non désirées, n'ont pas pu approfondir et développer les orientations ou les spécialisations qu'ils avaient choisies.

Ils ont éprouvé des difficultés, ou ont carrément refusé de s'adapter aux nouvelles revendications et aux nouvelles attentes des populations, qui leurs semblaient en décalage par rapport à leurs

¹³² « A R., la moyenne de vie est tellement inférieure à la moyenne nationale : c'est simple, tous mes patients sont morts. »

orientations de soins.

Ils ont eu le sentiment de subir une certaine détérioration de la qualité des soins prodigués du fait de l'absence de moyens, de la surreprésentation d'autres structures, de réformes qui ont été défavorables à leur activité.

L'ensemble de ces facteurs a engendré chez eux une démotivation, et la perte du sens de leur travail.

L'âge

Pour certains, leur âge a induit une tendance à l'enfermement (dans une certaine forme de confort, une routine), la perte de courage, de force pour changer les habitudes de travail et pour changer de lieu d'exercice ou de secteur.

B. Des médecins « relationnels, omnipraticiens », travaillant pour la plupart auprès de clientèles difficiles

Caractéristiques des médecins du second sous-groupe

- Ces médecins ont subi les effets de l'évolution des comportements de leurs clientèles (« déplaisirs », « irrespect »), mais, du fait de leur profil, ils se sont surtout surinvestis auprès de leurs patients, d'ailleurs en nombre croissant ou nécessitant des prises en charge plus longues et plus complexes (problèmes sociaux, psychologiques ou psychiatriques, socioculturels), dans des contextes de faible collaboration médicale ou d'organisation des soins peu adaptée. Amenés à traiter des problèmes extra-médicaux (accompagnement social, médiation culturelle), ce qu'ils ont plus ou moins assumé, ils se sont alors « usés » : ils se sont fatigués de leur rôle d'écouter ou des consultations et visites à domicile plus longues, ils se sont démotivés face à leur impuissance à guérir. La situation à laquelle ils ont dû faire face leur a semblé d'autant plus ingérable qu'ils ont refusé d'être aidés.
- Leur caractéristique est de n'avoir pas su trouver en secteur libéral des limites à leur rôle, ou de n'avoir pas pu maîtriser leur temps de travail : ils ont été prisonniers de leurs horaires et les patients leur ont imposé leurs propres rythmes, ce dont ils n'ont pas su se préserver. Autrement dit, dans ce second sous-groupe, les motifs financiers sont au second plan ou sont la conséquence des difficultés à trouver la bonne distance avec des patients en forte demande de soins. Ces médecins ont tendance à valoriser non seulement les exercices de groupe, mais aussi les « maisons médicales », les « services de santé au travail », les « unités sanitaires », qui fonctionnent sur le modèle des cliniques ou des services d'urgence et qui regroupent plusieurs médecins, d'autres professionnels de la santé et des travailleurs sociaux. Ce mode d'exercice correspond en effet à leurs désirs de réassurance professionnelle, voire d'une plus grande professionnalisation de la médecine générale (exprimés surtout par les plus jeunes¹³³).

Ce qui a précipité leur départ ou achevé de détériorer leurs conditions de travail (des profils d'écouter et/ou des refus de se faire aider)

- Ces médecins sont tous des « relationnels », privilégiant sinon des prises en charge « globales »¹³⁴, au moins l'écoute de leurs patients allant de pair avec une médecine lente.

¹³³ Ce sous-groupe B, comme le suivant (C) comprend des médecins plus jeunes : de 47 à 58 ans (des médecins reconvertis, ou encore actifs en médecine générale et installés à partir des années 80-90).

¹³⁴ Une majorité d'entre eux ont d'ailleurs travaillé avec des infirmières, des assistantes sociales, ou des psychiatres (tout en déplorant la rareté de ces derniers). Cette orientation globale et relationnelle les rapproche de certains enquêtés du premier groupe (des passionnés pratiquant une médecine alternative).

Or, leur disposition à l'empathie, ou leur difficulté à filtrer « *le tout venant* » les a conduits malgré eux à être littéralement dépassés par les besoins de leurs clientèles. C'est notamment le cas de ceux travaillant auprès de populations cumulant des difficultés sociales, culturelles et psychologiques.

« *J'étais tout à la fois.* » « *Je devais gérer des choses qui n'étaient pas de mon ressort : les ennuis de couple, du travail* », « *des appels sans interruption : l'enfer.* » « *Rétablir tout le temps, c'est fatigant (...). Quand on arrive à leur dire les choses en face, avec gentillesse et empathie, au début, on provoque des réactions urticariennes (rires), et très vite ils vous en savent gré, et ils reviennent, et ils vous en demandent encore plus. S'il prend un peu le temps, le généraliste devient à la fois le curé, le notaire, le père et le grand-père (...). Je donnais des conseils sur le fonctionnement du droit en général – car les gens sont perdus, ils ne comprennent plus... Dans les familles, on devient le premier avocat dans les divorces aussi... C'est intéressant mais un peu fatigant (...).* »

- En acceptant de prendre en charge ce type de populations (peu ou plus difficilement médicalisables), ils ont été particulièrement confrontés à des difficultés d'organisation **des soins** : du fait du manque de psychiatres, ils ont eu à appeler des spécialistes hospitaliers « *surbookés* » pour obtenir des rendez-vous hospitaliers, ont éprouvé des difficultés accrues « *à caser* » leurs patients. Autrement dit, en dépit d'associations et de relations individuelles nouées avec des spécialistes hospitaliers, la plupart ont souffert de solitude professionnelle (l'un des motifs principaux de cessation d'activité). Certains ont d'ailleurs reconnu parmi les facteurs ayant aggravé leurs conditions de travail – donc précipité leurs départs –, « *le manque de cohésion entre médecins* », notamment entre médecins de ville et médecins hospitaliers.
- Cependant, plusieurs **ont refusé de s'insérer dans les réseaux médicaux locaux, et d'être aidés**. Ils ont choisi d'exercer seuls par « *gagueur, fierté* », ont eu le sentiment de devoir « *tout assumer seuls* », ont voulu assumer la continuité des soins du fait de leurs prises en charge très individualisées de leurs patients – ce qui semble peu adapté à des prises en charge « globales » et complexes¹³⁵.

« *Je ne travaillais avec personne... Il faut savoir qu'en général un médecin s'installe dans la circonscription de la faculté où il a grandi – si je puis dire –, donc il arrive avec un réseau de connaissances, et donc ce n'était pas mon cas (...). J'avais quand même un réseau de correspondants dont je ne connaissais que la trace épistolaire ou phonique. Enfin, je ne les ai pas tous rencontrés physiquement, sur quand même 14 ans d'exercice... J'ai vite mis un terme aux soirées labo (relance) – Oh bien, c'est nul, c'est nul, c'est tout : c'est nul. Entre le mec qui vous parle de sa Porsche, et le labo qui essaye de vous acheter votre prescription alors que vous n'en avez rien à foutre... Enfin c'est du temps perdu (accentué). C'est, c'est... !! Pff! Ce n'est pas le cercle des poètes disparus, c'est le cercle des oiseaux mazoutés.* ¹³⁶»

« *On s'est retrouvées tellement engagées face à notre clientèle qu'on avait un point d'honneur : si l'une n'était pas là, l'autre assumait.* » (Ces médecins associés ont refusé de prendre des remplaçants pendant leurs congés : l'une s'est reconvertie, l'autre est en cessation d'activité¹³⁷.)

¹³⁵ « *En soins primaires - j'ai mis un peu trop de temps à m'en rendre compte –, il ne faut pas être seul. J'ai mis 10 ans à en arriver là.* »

¹³⁶ *Refus qui fait écho à d'autres témoignages* : « *lorsqu'on les rencontre dans les soirées médicales, la première chose qu'ils vous disent (c'est) : 'j'ai vu 60 personnes au cabinet'. Alors, c'est terrible ! C'est terrible ça, quand on arrive à ce point !* » « *J'ai jamais été dans les colloques : je ne voyais pas l'intérêt. C'est que c'étaient des colloques organisés par les laboratoires. Or ça, je trouve que c'est une chose absolument... C'est invraisemblable.* » (*retraités tardifs*)

¹³⁷ Voir encadré ci-dessous.

Une étude de cas : comment se retrouver dépassé par son travail ?

Une enquêtée, qui a cessé toute activité à 55 ans, cumule à elle seule toutes les caractéristiques de ce second sous-groupe : elle a choisi de s'installer et de se constituer sa propre clientèle dans sa ville natale (populations ouvrières destructurées par la fermeture des bassins de travail dès 1977). D'abord seule, elle a été « soulagée » par l'arrivée d'une associée, mais elle ne s'est pas aperçue à temps que son organisation (installation dans un petit local en travaillant en alternance¹³⁸ et ne permettant pas l'arrivée d'un troisième associé), et surtout leurs désirs de prendre en charge en continu les patients sans aides extérieures¹³⁹ les précipitaient dans une situation d'épuisement professionnel : « on n'a pas su mettre de soupapes par rapport à d'autres confrères qui prennent des remplaçants ». Ce médecin admet rétrospectivement avoir reproduit le modèle de son grand-père médecin généraliste (désormais peu transposable – d'autant qu'il était aidé par une infirmière à plein temps), et s'être « retrouvée coincée » par sa clientèle composée de personnes très âgées, mais aussi de jeunes femmes.

« On commençait à avoir beaucoup de cancers, de patientes avec des scléroses en plaques, donc des patients avec des choses très lourdes, et pour lesquels on n'a jamais compté notre temps (ce qui est un choix). Et puis, à côté de cela, l'autre partie de notre clientèle, c'étaient beaucoup de jeunes femmes qui travaillent à L. (...), et qui rentraient le soir après 6 heures, souvent 7 heures, et qui à ce moment-là avaient besoin de nous (...). Donc, en fait, on se trouvait prises par un investissement très fort dans les patients très malades – et on le faisait bien volontiers -, et à côté de cela on était quand même aussi obligées le soir de rester tard au cabinet (...). Enfin, on était tout : on était le psychologue, la gynécologue, on faisait tout ce qu'une femme attend normalement de médecins séparés : on le faisait le soir à cette heure-là pour ces jeunes femmes – avec lesquelles, en plus, du coup on avait établi des liens très forts (...). On s'est aussi vraiment trouvées piégées par notre manière de nous investir en temps que médecin de famille. »

Ce médecin admet également son attachement à « l'aspect relationnel » de la profession (« mais au bout d'un moment, ça nous déborde, on se fait déborder¹⁴⁰»), et avoue faire également partie de ces médecins « anxieux », qui n'éteignent jamais leur téléphone et qui ont des difficultés à laisser leurs patients : « quand on rentrait dans la douche, c'était avec le téléphone ! (...) Vous allez faire vos courses, c'est avec le téléphone. Enfin, en permanence, on est suivis et on est obsédés par notre travail (...). Les années où je suis partie en vacances en laissant un patient cancéreux en stade terminal, les 8 premiers jours de vacances, on n'est pas en vacances parce qu'on pense à son patient. » (...) Ce médecin a refusé de vendre sa clientèle à un médecin qui ne lui semblait « pas à la hauteur ».

- Enfin, comme les médecins du précédent sous-groupe, **des médecins ont refusé de passer en secteur 2** (ce qui était contraire à leurs valeurs) : ils se sont donc retrouvés à beaucoup travailler (et sont parvenus à des situations d'épuisement), aux dépens du temps passé avec leurs proches, tout en ayant finalement des ressources financières insuffisantes ou sans rapport avec leur investissement professionnel (médecine lente).

« Comme je faisais l'effort d'aller jusqu'au bout des choses – je m'occupais de trois problèmes en même temps, pas comme ceux qui étalent cela sur quatre ou cinq consultations –, cela a fini par se savoir : j'avais des dossiers très lourds... vraiment beaucoup de dossiers très lourds. Parce qu'il y a le problème des patients ballottés d'hôpital en hôpital, de spécialité en spécialité. Donc je faisais un travail de synthèse, je réorganisais tout cela de façon censée, et à la hauteur du malade. Il faut tout recentrer : le malade n'est pas un bras ici, un pied là-bas... Ça m'intéressait de le faire, mais j'avais des dossiers en quantité phénoménale, hein¹⁴¹ (...). Selon les statistiques CPAM et celles des laboratoires, j'avais la troisième clientèle la plus grosse de tout l'ouest de T. Une clientèle qui ne correspondait pas du tout à mon chiffre d'affaires (rires) – un énorme fichier comme on dit (...). Je gagnais à l'heure une fois et demi ce que je donnais à ma femme de ménage. »

« Je voyais les autres vivre mieux, et moi cela ne marchait pas donc... (...) Quand j'ai vu que si je voulais travailler correctement, je ne m'en sortais pas sur le plan financier, je me suis dit : 'il y a un truc qui ne va pas',

¹³⁸ « Ce qu'on s'est imposé aussi comme règle - qui a peut-être conduit quelque part à notre perte, mais qu'en même temps, on ne regrette ni l'une ni l'autre –, c'est qu'on n'a jamais aménagé qu'un seul cabinet, ce qui fait que si l'une était au cabinet, l'autre ne pouvait pas y être. »

¹³⁹ Ces médecins ont en fait refusé de déléguer la prise en charge de leur clientèle, de la partager, pour préserver la continuité et la qualité des soins, tout en prenant en charge en supplément, pendant les vacances, des clients d'autres médecins généralistes. Le résultat a été le suivant : « on avait beaucoup de plaisir à reprendre notre travail, et puis finalement au bout de 4 à 5 semaines, on était tuées ».

¹⁴⁰ Cela a été également le cas de leur secrétaire : faute de ressources financières suffisantes, ces deux associées ont fini par faire leurs dossiers administratifs pendant leurs journées de repos, et le ménage dans le cabinet. De plus, à ces difficultés sont venues s'ajouter des mésententes avec les médecins généralistes locaux (la plus jeune médecin se trouvant obligée de reprendre des gardes, ce qui a également participé à sa reconversion (son cas est analysée dans l'encadré « chez les femmes en particulier... », 3.3 A).

¹⁴¹ Cela correspond aussi à une conception particulière du rôle des généralistes « chefs d'orchestre » (« conscients de beaucoup de choses en médecine sur tout », gérant le dossier médical du patient).

- avec les discours des ministres qui disaient qu'on n'arrêtaient pas de nous augmenter, que c'était une honte, enfin bref – (...). J'ai mis 10 ans à m'en rendre compte. »

Parmi les médecins de ce sous-groupe, trois n'ont pas trouvé de successeurs, quatre ont revendu leur local et/ou leur clientèle (mais à un prix inférieur à leur valeur réelle) à des médecins qui ont changé radicalement d'organisation du travail (moindre disponibilité, cadrage des patients)... et donc de profil de clientèle.

« Comme il (le successeur) n'a pas le même profil que nous, finalement, il y a beaucoup de gens qui sont partis... Donc, il peut exercer tout seul sans trop de problèmes. » « Ce sont des jeunes femmes qui ne se sont pas positionnées comme moi : elles ont mis leurs limites, et elles avaient l'intention de travailler 2 jours par semaine, avec des vacances scolaires, etc. »

Des phénomènes d'usure, des sensibilités face à certains problèmes de santé complexes à interpréter

Malgré des aménagements souvent tardifs (aménagement des horaires, refus de prendre en charge de nouveaux clients), ces médecins ont donc été constamment happés par leurs patients, raison pour laquelle ils n'ont pas su anticiper ou avoir suffisamment de recul sur les conséquences de leur profil et de leur organisation (*burn out*). De plus, ils se sont moins protégés émotionnellement parlant : ils ont été davantage affectés par la souffrance des patients, soit parce qu'ils ont été incapables de repérer, de connaître leur vulnérabilité, soit parce qu'ils ont fait une vraie place dans leur exercice quotidien à la fragilité humaine (analyse de C. Le Grand Sébille).

Des degrés d'usure émotionnelle en médecine à ne pas sous-estimer

« (Toutes générations confondues), il y a une usure émotionnelle entre guillemets : le taux de dépressions est important, il y a des problèmes psychiatriques importants par rapport à la moyenne de la population - cela ou les infarctus du myocarde -, et les taux de suicides ne sont pas non plus négligeables.

Oui, mais on n'a rien (pas d'études précises) sur la France je crois ?

C'est vrai qu'il n'y a aucune statistique en France par rapport aux pays anglo-saxons. Mais justement, pour revenir à ce que j'appelle une usure émotionnelle, c'est lié au fait de passer du coq à l'âne, les sollicitations permanentes - mais comme dans d'autres spécialités.

Aux urgences par exemple ?

Oui. Tout cela est contrebalancé par le fait de s'occuper de tout, du début à la fin de vie - du nouveau né à l'agonisant - : c'est un champ très large, avec du très morbide, et du très vivant (par exemple les certificats de sport : ce sont généralement des gens bien portants)¹⁴².

Par contre, il y a un manque du côté expression : tout ce qui est psychologique, du psychologique au psychiatrique. Du coup, des médecins exercent avec d'autres écrans (que les ordinateurs) : avec l'écran des médicaments par exemple, et d'autres avec moins d'écrans, ce qui bouffe d'une certaine manière du temps et de l'énergie. Moi, j'étais crevée, d'autant que j'étais contre le formatage ou le pilotage automatique où certains de mes confrères excellent. Donc cela dépend aussi de la façon dont on pratique - pas seulement des bains générationnels. Bon, par exemple, celui qui exerce encore à 85 ans doit sûrement être assez directif, pluriactif, et paternaliste - avec une dynamique structurée efficiente aussi, hein.

Et avec ou sans écran, il y a ce que certains patients renvoient, des épisodes qui marquent.

C'est cela aussi l'usure émotionnelle : selon les circonstances, des résonances émotionnelles, l'émergence de plein de problèmes, des facteurs inconscients qui passent sous le bureau, même sous le mode inconscient, et si c'est conscient il faut faire (?) du contre-transfert. »

Ces constats rejoignent alors ceux de retraités tardifs, passionnés :

« J'ai eu une réussite extraordinaire mais peut-être j'ai pris trop à cœur la consultation, c'est pour cela que ça me donnait quand même angoisses et anxiétés, et cela a aggravé quand même mon asthme, mais mon asthme n'est pas d'origine psychologique.

Et vous dites que vous avez peut-être pris trop à cœur la consultation ?

Oui : je suis très concentré sur mes malades, ça donne des tensions internes. »

Une partie de ces médecins ont donc été réellement dans le « souci des autres ¹⁴³ ». Ils ont eu des liens de sympathie avec leurs patients, peut-être en raison notamment de leurs parcours personnels.

¹⁴² Leitmotiv que l'on retrouve dans d'autres enquêtes que nous avons conduites, et qui sous-entend ce qui reste encore un peu tabou : « les maisons de retraite, c'est pas très amusant quand même (très bas). C'est quelque chose qui angoisse à la fois les malades et les médecins. C'est assez... L'avantage de la médecine générale, c'est de pouvoir soigner les enfants. Ça, c'est quelque chose qui est gratifiant. Mais la gérontologie, à mon avis c'est pas quelque chose de très, de très amusant. »

¹⁴³ Paperman et Laugier, 2006.

En effet, non seulement ces enquêtés ont hésité à faire psychiatrie, ou pratiqué de la psychiatrie (quatre auraient pu devenir psychiatres ou projettent de se réinstaller en tant que psychiatres¹⁴⁴), mais ils ont plus ou moins tous connu des expériences de la différence, voire des traumatismes (décès de proches par exemple).

- C'est le cas par exemple de deux enquêtées qui ont passé leur enfance à l'étranger, et qui ont connu des périodes de marginalisation en France – dont une a perdu sa mère et un frère jumeau – (elles se sont d'ailleurs orientées vers des groupes Balint¹⁴⁵).

- Deux enquêtés avaient arrêté pendant un an ou plus la médecine générale après des expériences traumatisantes à l'étranger (en cabinet de groupe, lors d'un remplacement pendant le service militaire).

- Parmi ces médecins, trois avaient finalement surtout une vocation humanitaire et travaillé dans des organismes tels que MSF, ou ATD Quart Monde.

- Enfin, ils sont également trois dans ce second sous-groupe à avoir fait de l'accompagnement à la mort, ou de la médecine en prison, dans un centre de toxicomanes et dans un service d'alcoologie (pendant leurs études, lors de remplacements ou une fois installés – à la différence des médecins des deux autres sous-groupes).

Autrement dit, **des sensibilités particulières aux difficultés de la vie, et notamment aux questions « humanitaires » (parfois liées à des idéaux religieux, et qui étaient source de motivation au départ, qui leur donnaient le sentiment d'être utiles socialement) pourraient également avoir renforcé la tendance de ces médecins à se surinvestir dans le travail, ce qui les a conduits au burn out.**

Les aspects positifs

Pour la majorité de ces médecins, l'exercice libéral de la médecine générale a révélé un peu de leur identité, ou au moins leurs limites professionnelles et personnelles : une fois reconvertis, ils ont tous, à des degrés divers, remis en cause leurs idéaux initiaux. Ils sont revenus sur leur volonté d'être des « surhommes », d'être « toujours à courir, uniquement dans le faire sans réfléchir », ou bien ont pris rétrospectivement la mesure des risques d'usure de leur ancienne profession.

Il faut d'ailleurs y voir un aspect positif de leur reconversion : en partant ou avant de partir, ils ont été obligés de réfléchir, de dresser un bilan, de porter rétrospectivement un regard auto-critique sur leurs pratiques, de les comparer à celles qu'ils ont dans leur nouvelle activité. Cette réflexion est plus ou moins aboutie selon les enquêtés.

« J'ai été épuisée, et en plus je suis tombée malade : c'est-à-dire que j'ai fait un adénome de Kome et une hypothyroïdie, heu... coup sur coup. Donc heu je n'avais plus de jus, je ne pouvais plus travailler. Donc j'ai été arrêtée 6 mois, et sur ces 6 mois, je me suis mise à réfléchir, sur ce que c'était cette vie où je passais mon temps à courir et à sauver tout le monde, et où je ne m'occupais pas de mes gamins, de ma maison, et de mon mari. »

¹⁴⁴ Trois enquêtés ont passé des DU en psychiatrie ou en psychologie (médicale, de l'enfant et de l'adolescent).

¹⁴⁵ Inspirés de la méthode psychanalytique, les groupes Balint encouragent les praticiens à exprimer les aspects émotionnels suscités par leur relation avec les patients (C. Herzlich, 1984).

Herzlich C., « Du symptôme organique à la norme sociale : des médecins dans un 'groupe Balint' », *Sciences Sociales et Santé*, 1984, 2/1 : 11-31.

Autrement dit, l'exercice libéral de la médecine générale leur a permis de mieux se connaître (limites, rejets, attirances, réelles aspirations ou centres d'intérêt professionnels), et a participé à leur épanouissement dans une nouvelle activité.

Au sein de ce second sous-groupe, des médecins se différencient alors nettement de leurs confrères : leur passage en médecine générale a été avant tout l'occasion de comprendre quelles étaient leurs limites personnelles, mais aussi leurs véritables équilibres et motivations individuels.

C. « Des parcours initiatiques »

« Le départ de mon associé m'a poussé sur le pas de porte où j'étais : je me cherchais aussi. » « Ce qui m'a amenée à changer d'orientation, c'est probablement une bonne écoute (...), c'est comme un puzzle : petit à petit on met les morceaux, et puis tout à coup on se dit : 'tiens c'est cela l'image que je cherche, ou que je suis'. Je crois qu'on se construit au fur et à mesure professionnellement. »

Résumé

- Pour ces médecins, la médecine générale a été un parcours du combattant : en cabinet, ils ont souffert de **solitude**, mais aussi d'**ennui** (« routine », « on ne sert à rien »). Certains ont vécu **des crises existentielles** (« J'avais une belle femme, un beau cabinet, et tout, mais une vie totalement vide. » « Je n'avais pas envie de passer à côté de ma vie. »).
- Autrement dit, les difficultés financières, les difficultés relationnelles avec les patients sont inexistantes ou sont finalement secondaires dans les motifs principaux de reconversion : ces enquêtés ont été d'abord à la recherche d'eux-mêmes, ont parfois été amenés à faire des choix de vie majeurs. (Ils ont passé des épreuves avant d'être enfin « en cohérence » avec eux-mêmes, ou « sereins » dans leur travail¹⁴⁶.)

Caractéristiques

- Ces médecins ont été très tôt ou d'emblée conscients de leurs différences. (« Je n'étais pas trop dans le moule. » « J'étais le juif errant. » « On était des martiens. » « J'ai un parcours pas classique. »).
- Ils ont souvent eu peur de s'installer d'emblée : ils craignaient de s'enfermer, et surtout de s'appauvrir intellectuellement en restant en médecine générale¹⁴⁷.

« (Je m'étais dit) : 'si je m'installe, vraiment, c'est foutu quoi, je ne bouge plus de mon trou' (...). » « J'étais donc en train d'achever mes travaux dans mon futur cabinet. Mes parents étaient à la maison, et ils m'ont entendu dire à mon épouse à cette époque-là (...) : 'de toute façon, je ferais 10 ans de ce métier-là, et après je changerai'... Je suppose que c'était un éclair de lucidité (...) : je réalisais que je vissais ma plaque, je savais que c'était pour un moment (...). Je vous l'ai déjà dit : là où la chèvre est attachée, il faut qu'elle broute. Le mieux qui puisse lui arriver, c'est de rester attachée jusqu'au bout et qu'il y ait encore de l'herbe. Voilà. Et après cela, elle peut aller au cimetière. Oh ben, c'est..., c'est un enterrement, c'est tout. Il n'y a pas de progression, y'a rien ! Je veux dire, vous pouvez faire un peu de médecine du sport oui, mais c'est toujours la même chose. C'est INFERNAL, c'est l'enfer. »

- D'ailleurs, pendant leurs études ou dès leur installation, ils ont multiplié des activités professionnelles (non) médicales (photographie - « pour le développement personnel » -, publication d'ouvrages, création informatique, engagement politique et journalistique).

¹⁴⁶ Cela confirme la nécessité en médecine générale (martelée par des retraités) de ne jamais se laisser dépasser par ses patients et de toujours rester en accord avec ses valeurs profondes, c'est-à-dire de bien se connaître.

¹⁴⁷ De plus, pour certains, comme pour d'autres actifs reconvertis, l'installation a été motivée par une obligation familiale, ou fut un choix par défaut, « pour faire comme tout le monde ».

« *Quand je me suis installé, je ne savais pas quoi faire. Des toxicomanes sont venus, donc je me suis branché avec eux*¹⁴⁸ »

- Ensuite, ils sont allés constamment de l'avant dans leur vie professionnelle et privée (« *tête brûlée* », « *gageur* », « *coup de sang* », « *challenge* », etc., sont des expressions qui leur conviennent bien).
- Ils ont connu plus que les autres actifs reconvertis des passages à vide (arrêts de l'exercice, dépressions, idées de suicide, ruptures brutales de santé), qu'ils ont surmontés.

En conséquence, ils ont des réflexions sur leurs cheminements personnels plus poussées : « *J'avais zéro réflexion.* » « *C'était mon histoire personnelle qui me rattrapait.* » « *Elles (mes successeurs) étaient déjà débordées à deux (...). J'avais dû un peu tirer sur la ficelle (...). Il faut considérer le nombre de patients que je voyais, les études que je faisais, la vie de famille que j'avais en parallèle : un divorce, cela faisait beaucoup trop. Mais je crois que je n'avais pas de recul, donc j'étais dans une espèce de course-poursuite, heu comme cela - bien qui devait coller avec ma personnalité aussi, hein. (...) À 30 ans, j'étais incapable de me dire : 'j'ai besoin de vacances' (...). (Maintenant), je suis plus consciente (bis), c'était un épousement (très beau lapsus), un épuisement professionnel aussi.* »

- Les réorientations quasiment vitales de trois enquêtés des quatre ont été déclenchées, ou accélérées par des ruptures de santé, mais aussi par des formations ou congrès, révélateurs de leurs réelles aspirations profondes (« *coup de foudre* », « *j'ai commencé à vivre* », « *c'est extraordinaire de retourner en fac* »).

D'ailleurs, ils sont parmi les plus diplômés de l'ensemble des enquêtés (DEA histoire, « *Bac + 20* »). « *Tous les 3-5 ans, j'étais toujours en train de faire des formations. Comme je dis à mes gamins : 'j'ai Bac + 25'. Je n'ai jamais cessé d'avoir une carte d'étudiant - alors mon mari me dit que c'est pour pas payer cher le cinéma (rires) -, et moi je dis : 'c'est parce que j'adore apprendre, quoi'. Et donc au fur et à mesure que j'apprenais un truc, il y avait un autre truc qui me donnait l'envie d'apprendre...* » « *Cela a été une longue traversée, une formation très enrichissante, une aventure.* »

- Enfin – et ce n'est pas négligeable –, ils ont en commun le fait d'avoir un réel besoin de travailler en équipe (pas seulement en raison de leur tendance à se surinvestir lorsqu'ils travaillent seuls) : ils ne peuvent bien travailler qu'en partageant leurs expériences professionnelles, ce qui explique leur épanouissement dans le salariat (et la souffrance qu'ils ont éprouvée en cabinet¹⁴⁹).

« *En médecine générale, en cabinet, on est seul. Moi, la solitude, j'ai trouvé cela pénible, (surtout que) je ne voyais pas (cela comme cela) : je pensais qu'il y avait une espèce de confraternité entre collègues et tout... Donc vraiment, je crois que c'est une des raisons majeures qui m'ont fait arrêter : la solitude de l'exercice (...). Ce qui m'a manqué de l'hôpital, c'est le travail en équipe (...). En médecine générale, je trouvais que vraiment c'était une espèce de truc vraiment aberrant de rentrer chez soi le soir avec plein de questions, de doutes sur les pratiques qu'on a eues – des doutes sur les diagnostics, parce que cela, on en a tout le temps... Que les médecins n'aient pas de support, une espèce de truc assez costaud sur lequel s'appuyer et soient complètement livrés à eux-mêmes avec une espèce d'(impunité ?) absolue, je trouve que c'est assez malsain.* »
« *J'étais uniquement dans le faire sans jamais réfléchir.* » « *Travailler à l'aveugle en sautant les obstacles.* »
« *On fait un truc, et on ne sait pas pourquoi.* » (« *Être dans le passage à l'acte permanent.* »)

En tant que salariés, ils s'investissent fortement personnellement - d'autant que trois sur quatre sont sans enfant -, tout en envisageant déjà d'autres changements à venir (pour deux d'entre eux) : « *j'ai envie de continuer les voyages.* » (comme remplaçante) « *Je m'arrêterai dès que je m'ennuierai.* »

¹⁴⁸ Ce médecin travaille désormais dans une association « où on s'occupe de gens à la rue, et de fumeurs de crack : ça me va très bien ».

¹⁴⁹ Principal motif de cessation d'activité chez deux médecins déjà signalés : « *solitude* », « *manque de confraternité* ».

Enfin, certains enquêtés partagent avec d'autres actifs reconvertis le fait d'avoir été peu enclins au travail salarié (le plus souvent à cause de valeurs familiales opposées). Autrement dit, il semble qu'il y ait également dans le second groupe **des médecins qui ont retardé leur passage vers le salariat, voire des médecins qui n'étaient pas faits pour un exercice libéral**, comme en témoignent leurs discours sur leurs nouvelles activités salariées (*voir encadré ci-dessous*).

Décalages ou clairvoyances sur l'exercice de la médecine libérale

- « Je trouve qu'il n'est pas logique de faire des bénéfices dans la santé. Mais, quelque part, quand on est médecin généraliste, et qu'on ne peut pas faire autrement que d'être libéral, il faut quand même aussi pouvoir vivre (rire bref). Donc, c'est pour cela que j'ai arrêté les remplacements. » « J'étais soulagé de ne plus attendre le péquin comme un con, (quand on voit) « la prostitution » de confrères qui travaillent « uniquement pour payer la Porsche », et en « ne voyant jamais leur femme et leurs gosses ». « Ne plus avoir des critères de rentabilité dans l'exercice, c'est une vraie libération - enfin, cela a été comme ça pour moi. Mais je ne sais pas, c'est vrai que je ne rêve pas de m'acheter une maison de campagne ou une Porsche hein (...). Si on se dit : 'pour faire un peu de tune, il faut les garder 10 minutes', la médecine, je ne vois pas où elle est (...). Depuis que je ne suis plus payé à l'acte, je revis, et je prends mon temps - mais là, je prends mon temps sans que ça me stresse !!

- Cela vous stressait ?

Ouais, je stressais parce que je savais qu'il y en avait encore 20 à voir, et que si je passais 10 minutes de plus, ça allait s'ajouter aux 10 minutes que j'avais déjà passées avec l'autre (...).

Et puis (maintenant) ce sont des équipes sympas, je travaille avec des infirmières, avec des psy : on fait des réunions d'équipe, on peut parler des gens (...). J'ai du bonheur : moi, je fais ma déclaration d'impôts en 10 minutes, je ne m'occupe QUE de la médecine (souligné). Vraiment, ne faire que son métier, c'est vraiment... C'est un vrai luxe, c'est génial (...). En tous cas, je travaille mieux qu'avant : je suis plus à l'aise, donc je travaille mieux. Je suis plus en cohérence avec moi-même. »

- « Ce qui fait disparaître la solitude, c'est une communauté de pratiques, comme aux urgences, au bloc opératoire, en réanimation, le partage d'une même personne ou d'un problème technique. Alors que là (en libéral), ce n'est pas un bon polar : il n'y a pas d'unicité de lieu ou de temps, de partage des expériences. Ici (en revanche) (...) partager quelque chose en plus - et c'est encore à venir -, c'est comme forger un métal : on crée des liens, une capacité à absorber l'énergie d'un choc sans se briser. »

Aspect positif

Assez logiquement, non seulement ces médecins n'ont pas de regrets, mais la médecine générale les a dévoilés, leur a montré leur voie dans l'existence.

« J'ai fait une erreur en faisant ce métier : j'ai subi, mais j'ai quand même appris. En 50 ans de salariat, je n'aurais pas pu en apprendre autant sur la nature humaine. Et puis la médecine m'a donné les moyens de passer par dessus ma timidité. C'est une école de vie, je ne regrette rien, et maintenant je vais avoir le reste (...). L'erreur aurait été de rester, de s'enfermer. »

« Souvent les copains me disent : 'si c'était à refaire ? Qu'est-ce que tu ferais ?'... Bien je suis quasiment persuadée que je referais la même chose... Je ne sais pas pourquoi je suis gaulée comme ça, mais je suis persuadée que je referais le même parcours (...): voir les gens vivre, c'est ce qui m'intéresse. »

« Pourquoi je me suis arrêté ? Parce que je devenais con. Enfin d'abord, je commençais à m'ennuyer (presque crié) – ça, c'était le premier truc. Le deuxième, c'était heu... que je n'allais plus au cinéma, je n'allais plus au théâtre (ton plus bas), je ne lisais plus, je n'écoutais plus de musique, et quand mes copains m'invitaient, j'arrivais après le dessert (...). Et puis, en fait, surtout, mon père avait la maladie de Parkinson depuis très longtemps, et donc il est devenu dément, et heu... c'est vrai que je n'avais pas le temps de m'en occuper et puis voilà... Et le temps passait et un jour il est mort. »

Résumé des principales motivations des sous-groupes B et C à cesser précocement l'exercice

Inadéquation entre les évolutions du travail et le rôle envisagé

Ces médecins ne parvenaient plus à maîtriser les flux de clients, à mettre en place des soupapes. Leurs attentes ont été déçues : les clients sont devenus trop « exigeants ». Le système de soins sur leur lieu d'installation s'est avéré inadapté. Ils ont parfois refusé de se faire aider.

Incidence des profils professionnels et des facteurs d'ordre privé

Les médecins de ces deux sous-groupes ont des profils de « relationnels », voire d'« humanitaires » pour certains. Ils ont eu des « opportunités » de passer au salariat. Ils ont vécu des crises existentielles majeures (perte d'intérêt professionnel, mais aussi découverte de véritables centres d'intérêt).

Résumé du second groupe

Les ajustements utilisés par les enquêtés du premier groupe (permettant de s'épanouir au travail) ont des limites. Les médecins du deuxième groupe n'ont parfois pas voulu y recourir, mais dans d'autres cas, ils ne l'ont pas pu. En effet, certains départs précoces ont été motivés par des problèmes financiers quasiment impossibles à maîtriser, ou ont été la conséquence d'un exercice auprès de populations difficiles sans soutien (de gré ou de force), et d'orientations de soins particulières (médecine lente en secteur 1). Enfin, des profils psychologiques tendent à augmenter les risques de burn out (médecins « relationnels » – notamment « humanitaires » –, à l'instar des « passionnés » du premier groupe), donc les cessations d'activité ou les reconversions vers le salariat. Enfin, certains praticiens étaient peu adaptés à l'exercice libéral.

3.3 Des différences de genre marquées

Dans le deuxième groupe, et en particulier dans les sous-groupes B et C, les femmes sont nettement plus représentées. De plus, un groupe d'hommes se détache de l'ensemble des enquêtés. Une ultime analyse fait apparaître d'autres motivations à la cessation précoce d'activité, liées au sexe des enquêtés :

A. « C'est quand même compliqué pour une femme avec des enfants. »

Résumé

Le nombre de femmes médecins est aujourd'hui important. Pourtant, les femmes généralistes de cette enquête ont exprimé des difficultés plus grandes à mener leur carrière et/ou à préserver leur vie privée (particulièrement les mères de famille, *a fortiori* quand elles vivaient seules, sans soutien, et qu'elles étaient des médecins « relationnels »). La gestion problématique de leurs temps professionnels et familiaux (liée à des ruptures de santé, à des tensions familiales, à des divorces) est devenue le principal, ou l'un des principaux motifs de cessation d'exercice libéral (elles sont alors souvent passées au salariat pour se consacrer à leur famille¹⁵⁰) : « *je n'avais pas envie de passer à côté de ma vie : je suis passionnée par la médecine, mais il faut savoir penser aux autres (aux siens).* » « *Je vais enfin pouvoir m'occuper de ma fille avant qu'elle ne parte de la maison.* » « *Je voulais être plus présente, du fait que les enfants grandissaient.* » « *Une des raisons qui m'a fait quitter la médecine générale, c'est que j'étais surbookée : je commençais à 7 heures le matin, je finissais à 10 heures moins le quart. J'ai quatre enfants, j'ai déjà divorcé une fois, le deuxième (mari), j'essaie de le garder.* »

¹⁵⁰ Une majorité de femmes enquêtées contre seulement deux hommes (1 RT et 1 AR). Rappelons que l'expression de ces désirs n'est pas absente des récits des hommes (« *Mes filles ont en un peu souffert, j'ai vraiment vécu avec elles beaucoup plus tard quoi.* »), mais sont rarement évoqués comme motifs de cessation.

Les premières femmes en médecine

« Ma formation initiale virait vers la pédiatrie, donc était complètement..., très féminisée. Donc c'est vrai que j'ai eu la surprise de me retrouver dans un univers totalement masculin, ce qui au niveau de la représentation m'a valu, dans les toutes premières années, les réflexions du gamin que j'examine. À la fin de la consultation, la maman dit : 'dis au revoir au docteur'. – 'C'est pas un docteur c'est une dame !' (...) Et également, à l'occasion des visites à domicile, la porte s'ouvrait et puis se refermait, avec : 'qui êtes-vous ?'. Le décalage complet. »

« Premier après-midi donc où je vais faire les consultations. J'ouvre la porte de la salle d'attente : bourrée de monde ! Je prends le premier patient, je le fais entrer, je l'examine, je fais ce qu'il fallait etc., je le fais sortir, je vais pour faire passer le deuxième patient : salle d'attente vide !! Il n'y avait plus personne : ils étaient tous repartis ! (rires) Ils étaient tous repartis parce que j'étais une femme – très important à cette époque-là, il ne faut pas l'oublier (...). Le médecin ne les avait pas prévenus non plus : cela aussi, je trouve que même maintenant c'est important. »

« J'ai été le premier dans le coin, avant que je sois malade, à avoir une remplaçante femme : c'était à la campagne, la semi-campagne. C'était une première, hein, dans les années 75-76 (bis) – en ville, y'avait des médecins femmes installées, hein. J'ai été aussi le premier à avoir un remplaçant noir, et un premier remplaçant jaune. »

Caractéristiques

- Leur carrière a été influencée par celle de leur conjoint¹⁵¹, par l'arrivée d'enfants, puis par la présence et/ou le niveau de revenus de leur conjoint (les séparations, les décès les ont obligées à travailler, et inversement, elles ont eu la possibilité de cesser leur activité ou de faire « du quasi-bénévolat » lorsque les revenus de leurs conjoints étaient conséquents).

« Pour arriver à continuer ma carrière, je passe quand même ma thèse. Je continue toujours à travailler, donc comme attachée de consultation (...). Mais, entre-temps, je m'étais mariée : le problème est là (rires) (...). Je faisais encore de la recherche. Mais toutes ces choses-là n'ont qu'un temps : non seulement je m'étais mariée, mais j'avais des enfants ! Donc... (rires) J'en avais trois, quatre même. » (retraîtée tardive) « Ma vie personnelle faisait que - bon, j'étais mariée, j'étais avec mon mari, j'avais un petit garçon, donc en fait je ne pouvais pas faire ce que je voulais -, la médecine générale était un choix qui me convenait bien, parce qu'elle répondait à mes aspirations au niveau professionnel, et en même temps cela me permettait de concilier ma vie de famille. L'internat, ça aurait supposé de pouvoir me déplacer, vers d'autres villes ou autre. » « Je ne sais pas du tout, si j'avais épousé mon mari actuel au début de mes études, d'abord, est-ce qu'il y aurait des enfants, est-ce qu'il n'en aurait pas ? Je n'en sais rien, mais je n'aurais sûrement pas fait la même trajectoire... » « J'aimais voyager, donc je voulais absolument faire de la médecine humanitaire, et puis j'ai eu des enfants, et puis voilà ! Donc (rires), cela a été un peu un autre parcours. » « Je suis partie des Antilles, et j'ai arrêté, parce que j'ai divorcé. » (actives reconverties) « Ma petite fille, j'ai encore 5 ans où elle va être à la maison : (j'ai envie d')en profiter, et puis il se trouve que j'avais la chance de ne pas avoir besoin de travailler, donc j'ai arrêté. » (médecin ayant cessé d'exercer) « A un moment, après les remplacements, on a fait les calculs avec mon mari : avec ce que je mettais au bout du salaire de mon mari, on était imposés à 57 %... d'où le choix d'en finir avec le libéral. Mon boulot actuel, c'est un luxe (un peu plus de 1 000 euros par mois). »

- Le fait de pouvoir faire garder les enfants a été déterminant pour les carrières des médecins mères. Le départ de sa « nounou » a même conduit une enquêtée à cesser son activité. Il faut cependant noter que parmi les plus âgées de l'ensemble des enquêtées, deux femmes médecins sur trois sont restées célibataires sans enfant.

« Par chance, j'avais quand même mes parents qui s'en occupaient, enfin qui prenaient la relève – tout le monde n'a pas cette chance-là. (...) J'avais (aussi) une jeune fille qui s'en occupait : j'étais sûre que mes enfants n'étaient jamais à l'abandon. » (retraîtée tardive) « Je suis mariée avec ma nounou, d'abord parce que je crois qu'il fallait un bon système logistique derrière, parce que je crois que quand on est une femme médecin, si on n'a pas quelqu'un qui garde ses enfants efficacement, c'est foutu. (...) L'objectif, c'était de revenir m'installer ici, parce que je savais que j'aurais besoin de soutiens familiaux par rapport à ma vie de famille, pour pouvoir exercer. (...) J'avais le sentiment un petit peu de laisser de côté mes enfants et mon mari, et il y a eu une goutte d'eau : c'est que ma femme de ménage m'a quittée (rires). (...) Je comptais beaucoup sur elle par rapport à mes

¹⁵¹ Ce qui reste une constante chez les étudiantes actuelles (invocation et reconnaissance des mobilités conjugales plus difficiles chez les étudiants) qui n'hésitent pas à mettre leur vie de famille en avant : Hardy-Dubernet, *op. cit.*, p : 54, 60).

enfants - par rapport à ma petite fille. Sur le coup, cela m'a paru une difficulté supplémentaire que je n'ai pas eu envie d'assumer. » (actives reconverties)

- Les « reproches », la culpabilité, voire la « honte » de ne plus s'occuper de ses enfants a été le principal motif de cessation d'activité pour deux enquêtées¹⁵². De plus, certaines femmes se sont heurtées à des incompréhensions ou à des difficultés relatives au partage des charges familiales (ayant conduit à des ruptures de couples, voire à des violences conjugales), ou à des problèmes de partage des gardes avec des confrères masculins.

« Il (mon premier mari) m'a même aidée financièrement à acheter ma clientèle, heu... mais lui ne supportait pas les gardes : de me revoir partir la nuit et de gérer les gamins. Il ne supportait pas de me voir rentrer tard, et d'avoir une charge de travail supplémentaire sur la maison heu... avec des jeunes enfants. C'était difficile pour lui.

Sur le plan de la répartition des gardes, les médecins hommes ne sont pas du tout heu... compatissants (...). Donc (ma collègue) on l'a obligée à retourner aux gardes. »

- Enfin, un autre aspect peut expliquer des départs précoces : outre le fait que les femmes travaillent généralement moins (pour s'occuper notamment des enfants), **contrairement aux hommes, leur conjoint n'est jamais leur secrétaire** – d'où également davantage de difficultés financières.

« Quand je suis arrivée en 1972, c'était des hommes, et c'était les femmes - les épouses - qui assuraient les réponses au téléphone, l'aspect intendance, plus ou moins la part de la comptabilité, etc. La féminisation entraîne un autre fonctionnement : à la fois l'activité elle-même n'est pas la même – là, il y a eu des études du CREDOC ou je ne sais plus (...) : en moyenne, les femmes c'était les deux tiers des hommes en nombre d'actes et en revenu -, mais il n'y a quasiment pas de femmes médecins où c'est l'époux qui soit le gestionnaire, le répondant (...). Et donc cela, ce sont des éléments sur le plan de l'évolution de la médecine générale qui n'ont pas du tout été pris en compte depuis x temps : pour les hommes, une chose qui a été masquée complètement, c'est que dans leurs revenus, ils n'avaient pas de frais de secrétariat et de choses comme cela (...). Les conjointes qui ont assuré l'intendance n'étaient pas du tout prises en compte comme élément de non-dépenses apparentes, enfin remplissant une tâche indispensable – alors que cela devient tout de suite une charge. » « Nos maris ayant leurs activités professionnelles, nous n'avions pas de femmes de médecins : nos autres confrères en général, ils ont leurs femmes qui sont là. »

¹⁵² Les femmes enquêtées ont davantage essuyé des reproches – y compris venant directement de leurs proches (mari, enfants) -, ou se sont accusées d'avoir « délaissé », voire « sacrifié » leur(s) enfant(s).

Comment assumer un métier d'homme, avec ses contraintes, voire ses risques, tout en ayant une vie de famille, sans avoir le sentiment de laisser de côté mari et enfants ?

Pour de nombreux enquêtés, la médecine générale libérale semble incompatible avec les rôles traditionnellement dévolus aux femmes.

Pratiquement tous les enquêtés ont évoqué chez les mères de famille des pleurs, des phases de dépression et d'irritabilité (conflits avec les enfants, le mari), mais aussi des grossesses menées presque à terme sans arrêt de travail (jusqu'à 8 mois).

« Ce n'est pas une vie adaptée heu... Je vois les quatre grossesses que j'ai menées, j'ai pratiquement accouché dans la salle d'attente. »
« Ma dernière fille - qui exerce avec son frère -, elle rame pas mal : elle a un petit garçon de 2 ans, et elle va accoucher ces jours prochains de son deuxième garçon et elle s'est arrêtée seulement la semaine dernière ! (rires) C'était pénible, je la voyais le soir de temps en temps : 'pff ! J'en peux plus ! Je suis crevée, et puis j'ai encore un quatrième étage à faire' (rires). Et puis son repos post-natal risque d'être bref, parce que son frère commence un petit peu à... (bredouille) - A être fatigué lui aussi ? - Il y a le boulot, il y a une remplaçante... m'enfin qui ne connaît pas le truc encore. » (retraités)

L'endurance, les nécessités ou les motivations financières conduisent à ne pas s'arrêter de travailler. Cependant, les femmes rencontrées ont parfois des profils « relationnels » très marqués (« attirance pour les relations humaines », « écoute », impossibilité « d'abandonner » les patients), ce qui est sûrement lié aux compétences valorisées chez les femmes ou encore attribuées à la féminité. De plus, la présence des femmes médecins auprès de leurs patients a été peut-être encore accentuée par leurs « spécialisations » traditionnelles en médecine (gynécologie, obstétrique, pédiatrie, gériatrie, écoute psychologique, soins palliatifs) qui ont allongé la durée des consultations et des visites¹⁵³.

« Pour une fille, faire médecine (générale) dans la vie, ce n'est pas raisonnable : dans mon groupe, il y a une femme qui est médecin, et elle a des problèmes quand même. Partir le mercredi aller chercher ses enfants brusquement, quitter son cabinet parce qu'on l'a appelée à la crèche, enfin... Elle a 3 enfants, et ce n'est pas facile à vivre (pour les confrères associés). Elle ne prend pas de gardes le dimanche. Elle est parfois un peu énervée le matin... Enfin ce n'est pas facile. »

« Entre 40 et 50 ans, c'est la période la plus intense en fait, c'est là où en général les médecins généralistes se font leur plus grosse clientèle, et c'est la période où les enfants attrapent 10-15 ans, où non ce n'est pas simple. Quand vous rentrez à 9 heures ou à 10 heures du soir - et quand mon mari était là, et le fils cadet qui habite encore avec nous -, qu'il fallait que je me change et que je fasse la bouffe ! (ton haut) Je peux vous dire que ça frottait un peu dur des fois ! » (active reconvertie célibataire).

« Ce qui ne me convenait pas forcément à long terme, parce que j'avais quand même le projet d'une famille, etc., c'était les gardes (...). J'ai arrêté les gardes quand j'ai eu ma troisième fille parce que j'étais épuisée entre l'allaitement et les gardes. » « Moi, je me suis faite exempter. Alors, j'ai eu une chance extraordinaire, parce qu'au Conseil de l'Ordre, c'est à la tête du client. » « Alors pour les femmes, il y a aussi le problème des gardes, l'insécurité lors des visites dans certains quartiers. »

Certains médecins attendent de « l'État » qu'il organise les gardes médicales, notamment pour aider les femmes à faire face à ces difficultés.

Autrement dit, **les femmes auraient tendance à cumuler des problèmes d'organisation**, ne serait-ce qu'en raison de leurs rôles sociaux (soutiens ou charges familiaux). Les femmes rencontrées sont d'ailleurs nombreuses à envisager de reprendre des activités professionnelles auxquelles elles aspiraient une fois leurs enfants devenus autonomes.

Les cas détaillés de deux enquêtées rendent compte de la façon dont le travail en médecine générale peut devenir peu valorisant, et finalement marginalisant : peu rémunérateur, mais surtout peu aidé, voire humiliant¹⁵⁴.

¹⁵³ Ce qui est confirmé par des études quantitatives : au cabinet, 77,1 % des médecins femmes déclarent voir un patient toutes les 20 minutes ou toutes les demi-heures contre 54,2 % pour les hommes. Seulement 6,9 % des femmes déclarent passer moins d'un quart d'heure avec chaque patient. **Autrement dit, les femmes médecins ont une durée de consultation déclarée significativement supérieure à celle de leurs homologues masculins. Elles réalisent une médecine plus lente** (aussi lors des visites), car leur clientèle est plus féminisée, et plus âgée notamment (voir encadré suivant), ce qui induit des revenus plus faibles et souvent la difficulté à disposer d'un secrétariat. Sources : HAS, comité de réflexion, d'après l'étude de B. Ventalou et B. Saliba, sur un panel représentatif de 600 médecins généralistes en région PACA.

¹⁵⁴ La notion d'honneur reste au centre des identités médicales (élévation sociale, dévalorisation sociale).

Chez des femmes en particulier, un cumul d'exaspérations, et parfois même un sentiment d'humiliation

Ayant une « *activité qui n'est plus à hauteur de l'idéal professionnel* »¹⁵⁵, une forte tendance au don, deux enquêtées ont cumulé les problèmes et se sont reconverties avant de tomber dans l'épuisement professionnel (elles sont d'ailleurs fortement opposées à ce que leurs enfants fassent de la médecine générale).

Elles se sont vues imposer par leurs patientes des plages horaires de travail étendues ou tardives du fait de consultations ou de visites « *incontournables* » en gynécologie et en pédiatrie (femmes travaillant dans une ville frontalière, clientèle immigrée sans permis de conduire et avec des maris peu disponibles « *travaillant en 4 x 6, 3 x 8* »), ce qui les a obligées à avoir des consultations « *quasiment libres* »).

Les difficultés d'une enquêtée ont été accrues par les départs brutaux de son associé, puis d'une femme médecin. (« *En fait, elle avait quatre enfants, donc elle s'est très vite rendue compte que c'était ingérable, donc elle a arrêté très vite, au bout de 2 ans.* »)

« *Pour les gens, on leur appartient* », « *mon temps leur appartenait* ». Déjà victimes de leurs patients, elles supportent d'autant moins bien les déplacements et les gardes de nuit (charge supplémentaire de travail particulièrement lourde, et de moins en moins acceptée) : « *de terminer tard, d'avoir des gardes, d'avoir des gardes de nuit, de se lever la nuit et de retravailler le lendemain, enfin toutes ces choses pénibles devenaient de plus en plus pressurisantes - en plus avec l'âge (...). Le matin, c'était entrer dans l'arène ! (rires) Il y avait déjà eu 50 000 coups de téléphone avec des choses urgentes, un agenda plein, des gens à rajouter absolument heu..., enfin bon. C'était... C'était du non-stop... Souvent pas d'arrêt le midi, ou un arrêt de 10 minutes, enfin ! C'était épuisant.* (L'obligation de se déplacer est d'autant plus fréquente qu'elles ont des clients d'origine étrangère au bout du fil, avec lesquels la communication est plus difficile.¹⁵⁶) » Un appel d'un patient chez qui elle n'avait « *jamais mis les pieds* », « *pour aller faire un certificat de décès à deux heures du matin* » (« *sans objet réel : pas de notion d'urgence* », et sans rémunération) « *a été vraiment la goutte d'eau* » qui a conduit l'une d'elles à cesser son activité. « *Toute la famille réveillée, du temps perdu, de la fatigue. Je pense qu'il y a un ensemble de choses, ce sont des petites choses qui, mises bout à bout, ont fini par avoir raison* (de ma motivation). »

En effet, toutes deux avaient déjà connu des difficultés de collaboration avec des confrères : obligation de reprendre les gardes malgré la charge de deux enfants, fin du partage de patients avec des hospitaliers (« *On ne pouvait pas non plus utiliser les urgences à tout bout de champ. On était parfois un petit peu coincés pour avoir accès à un spécialiste rapidement.* »), manque de places chez les radiologues, rhumatologues (« *On ne peut pas non plus harceler les gens en permanence.* »), fermeture de lits en psychiatrie les obligeant à gérer des patients ayant de lourds problèmes.

Elles avaient également rencontré des difficultés pour faire garder leurs enfants et vécu des tensions familiales.

« (Tout) *cela nous met dans une frustration et dans un énervement perpétuel qui n'est vraiment pas facile (...). On a aussi notre vie personnelle avec* (rires) *parfois pas toujours la compréhension de la famille pour heu... Enfin, ce n'est pas toujours facile de gérer le tout, hein : prendre toujours à toute vitesse, partir à toute vitesse, jamais être chez soi. (...). Donc pas de temps, jamais de temps : 25 ans sans temps, donc, voilà* (rires). *Avec cette angoisse en plus d'être malade (...). Les grossesses c'est pareil : moi, j'ai travaillé jusqu'à 8 mois de grossesse, et donc heu... bon. C'est quand même pas... C'est quand même des conditions, qui sont heu... Les enfants peuvent être malades, il faut quand même trouver des solutions : ça m'est arrivé un certain nombre de fois que la jeune fille qui les gardait m'appelle en me disant : 'il s'est ouvert le front.' - 'Soit tu me l'amènes, le pauvre, ce n'est même pas le moment d'aller le voir ou tout ça, ou soit on le recoudra ce soir à l'hôpital', enfin* (rires). *C'est quand même assez violent, ce n'est vraiment pas satisfaisant.* » « *Du samedi midi au lundi matin 8 heures, la maison était transformée en standard téléphonique : personne pour s'occuper des enfants, mais c'est quand même ça !* (rires) *Il fallait embaucher une tierce personne ou un membre de la famille ou une autre personne pour s'occuper des enfants.* »

Enfin, toutes deux valorisaient une médecine lente et ressentaient la nécessité de se former : « *insatisfaction sur tous les domaines parce que si on veut faire les choses bien, ça prend du temps (...), plus la formation qu'on fait le soir parce que sinon la médecine n'a pas d'intérêt. Pas le temps d'aller dans des congrès, ou peu de temps parce qu'il faut payer l'Urssaf et toutes les gentilles choses* (rires) *qui se présentent à la fin du mois ou au début, donc heu..., voilà : cela a fait une conjonction de choses qui moi franchement m'ont* (démotivée). *Ou alors, il faut faire une médecine Kleenex, à toute vitesse : un symptôme égale un traitement. Mais moi cela ne m'intéresse pas...* (long silence) *Donc, paperasseries grandissantes, aides de moins en moins importantes, exigences forcenées des gens qui consultaient...* »

Si une enquêtée reconnaît s'être surtout laissée dépasser par les demandes de ses clients en raison de son « *tempérament* » (elle acceptait par exemple les consultations à la sortie de l'école), toutes deux déplorent le fait que rien ne soit prévu (par l'État) pour compenser leurs conditions de travail difficiles, mais surtout le « *manque de reconnaissance* » général de la part de l'État, de leurs confrères et des spécialistes, et finalement des médias¹⁵⁷ (elles ont un sentiment d'injustice). **Dans ces situations, c'est finalement la perte des idéaux et l'image sociale dégradée, dévalorisée de la profession qui intervient dans les motifs profonds de cessation**

¹⁵⁵ D'après Davezies, *op.cit.*, p. 88.

¹⁵⁶ « *Se lever la nuit deux fois parce que les gens vous appellent pour des choses qui ne sont vraiment pas importantes - mais qui ne sont pas possibles à juger au téléphone -, cela veut dire qu'on n'aura pas dormi de la nuit, et qu'on enchaîne sur une journée infernale ! Cela veut dire que si on prend la matinée le lendemain pour se reposer et qu'on n'a pas eu d'appel la nuit, et bien on aura perdu une demi-journée.* »

¹⁵⁷ « (Le problème), c'est qu'on n'a pas d'espace de parole (...). Il faudrait aller dans les émissions, mais on n'a déjà même pas la possibilité de lire quand on est médecin généraliste. »

(l'obligation de faire des visites, des gardes est perçue comme une forme de soumission, voire de déclassement social), et le sentiment d'injustice qui prédomine :

« Je ne pense pas quand même que cela soit l'argent qui m'a fait partir. C'est une spécialité de papier, qui n'est pas reconnue ni par les institutions, ni par les patients, ni par les confrères spécialistes. (...) Au-delà de tout, ce sont les conditions dans lesquelles on travaille qui posent problème. (...) Les anciens médecins avaient peut-être une vie de chien, mais nous aussi on était très mal loties : à cause du téléphone, et aussi des patients. J'ai eu des cas de gens qui appelaient avec leur téléphone portable pendant les consultations, pour dire comment allumer le four - ce qui suppose ce manque de respect par rapport à tout ce que nous on donnait... sans parler de patients qui gagnent plus que nous, en ayant des niveaux d'études nettement moins importants. » « On a vraiment été traités comme des chiens qui ne voulaient pas travailler. Cela continue d'ailleurs, hein, avec les histoires de canicule, etc. (...). Pendant longtemps, la Sécu n'a mis aucun contrôle (au niveau du patient), alors qu'elle est tout à fait capable en revanche de nous contrôler, de nous donner, nous, nos profils : il n'y a jamais le profil du patient, et toujours le profil du médecin ! »

En secteur libéral, elles ont particulièrement souffert de la sensation d'enfermement (« besoin de souffler », de « bouffées d'oxygène »), voire d'humiliation, et ne regrettent pas leur passage au salariat. Cependant, parce qu'elles sont parties à la hâte, leur nouveau poste n'a pas été vraiment choisi (il est vu comme un passage) : l'un des médecins reconvertis (ayant des enfants encore jeunes) désire pour l'instant consacrer plus de temps à son couple et aux siens (elle n'a pas encore trouvé son équilibre) ; l'autre chemine également, à sa façon : elle s'aperçoit des difficultés et du manque de reconnaissance commun à sa nouvelle spécialisation en gériatrie¹⁵⁸ et à la médecine générale. « On se retrouve un peu livrés à nous-mêmes et d'une certaine façon, ce n'est pas satisfaisant quoi. Donc je pense que je vais en avoir marre avant de prendre ma retraite. » De plus, elle a « goûté aux changements », s'est inscrite à de nombreuses formations. Elle n'a plus guère envie de soigner : « à l'hôpital, il y a aussi des tendances à soigner coûte que coûte », « seul et dans l'action », mais de « codifier les façons de collaborer entre médecins », afin de pallier les problèmes d'organisation individuelle des soins (elle est motivée, malgré « des refus de certains patrons », attachés « à d'anciennes façons de faire »).

B. Des hommes résistants, à la pointe de la contestation¹⁵⁹

« Ce temps d'écoute, et cette écoute sécurisée, le fameux 'colloque singulier', cela fait tout, c'est là où tout se passe, et je ne suis pas sûr que la médecine aille dans ce sens. »

Résumé

Parmi les enquêtés, un dernier sous-groupe se distingue nettement. Il est constitué d'une arrière garde de « dissidents » et de praticiens « purs et durs »¹⁶⁰, extrêmement critiques vis-à-vis de l'évolution de la médecine générale. Ces praticiens remettent en cause non seulement les fondements traditionnels de la médecine (c'est-à-dire les modèles dominants, dont les logiques libérales, de rentabilité, les tendances à ne pas s'interroger sur ses pratiques, à refuser de prendre en charge certains patients cumulant les problèmes sociaux, etc. –Froment, 2001), mais aussi les orientations politiques en matière de soins (le défaut d'organisation du système de santé, le manque de réels contrôles des abus – qu'ils émanent d'usagers ou de médecins -, la non prise en compte des économies ou des améliorations des soins réalisées, l'orchestration de dépendances médicales aux lobbies pharmaceutiques, etc.). Leur vision extrêmement contestataire a motivé leur départ. Ils ont tous le même profil : ce sont des médecins peu prescripteurs qui valorisent une médecine lente, qu'ils jugent de meilleure qualité. De plus, la plupart sont engagés dans des activités d'enseignement pour améliorer en amont l'image et la place de la médecine générale¹⁶¹.

¹⁵⁸ Elle travaille dans un secteur gériatrique hospitalier, où l'exercice est également complexe, peu prestigieux et où il faut faire face au manque de structures de prise en charge des polyopathologies et d'accompagnement à la mort : Vega, 2005.

¹⁵⁹ Quelques RP, et des hommes reconvertis, notamment après avoir connu des difficultés financières.

¹⁶⁰ Ils ne s'inscrivent pas dans un cadre politique, mais plutôt dans la mouvance de la revue *Prescrire*. Certains font partie de groupes minoritaires en médecine générale (association des anciens médecins référents par exemple), mais ils sont très actifs et sont représentés notamment par des auteurs d'ouvrages (Froment, Vain Clair), et des sites Internet (en lien notamment avec la HALDE).

¹⁶¹ Dont une femme enquêtée, mais qui a cessé toute activité en médecine : « à l'époque, comme j'avais arrêté le syndicalisme, je m'étais impliquée dans tout ce qui était contenu des formations initiales, et donc je me suis agitée pendant plusieurs années pour mettre cela sur pieds, ce qui était entrer en contact avec les universitaires, et pouvoir leur faire admettre heu... que la médecine générale existait ! »

Caractéristiques : des critiques en amont et en aval des carrières médicales

- Ces enquêtés critiquent l'inadaptation des formations initiales aux besoins des populations, et l'absence de doutes et d'auto-réflexion des futurs praticiens (la formation initiale serait toujours fondée sur des rapports de soumission injustifiés¹⁶²).

« Il n'y a aucune réflexion sur les motivations initiales, alors que les médecins sont des personnes en recherche d'utilité, en désamour d'eux-mêmes, ce qui les pousse à des engagements déraisonnables », ce sont « des malades du travail », « des gens habitués à se taire et à se coucher (...). Dès la faculté déjà hein, on n'a le droit de rien dire devant le patron. C'est pire que l'armée... On apprend à fermer notre gueule, hein, en médecine. » « Le problème, c'est la formation : on n'apprend pas aux médecins à être des médecins, à réfléchir comme des médecins et pas à exécuter des ordres, des protocoles de façon systématique. » « On leur fait croire qu'ils vont tout maîtriser. »

« (Actuellement) les gens arrivent en fin d'études, ils n'ont plus envie de faire la médecine telle que les patients voudraient qu'on leur fasse. Donc, forcément, ils vont se débiter vers les endroits où ils ont le moins d'emmerdes possibles, et le choix se fait en négatif! » « On leur a appris que la vraie médecine, c'est la médecine technique avec des appareils qui font pshitt pschitt et des trucs qui font bip bip, et que c'est là qu'ils seront de vrais docteurs - donc jamais ils n'ont un contact avec les soins primaires. (...) Avant d'être généralistes, on ne leur a jamais expliqué ce que c'était les soins primaires, la médecine globale, la prise en charge globale, intégrer... heu... la vie des gens dans les décisions de soins, enfin la vraie médecine quoi ! (rires) Tout simplement, que les gens ne sont pas des compilations d'organes : jamais on leur a montré cela. »

- Ils critiquent le sous-engagement politique, syndical, voire l'inculture en matière de politique et de droit d'une majorité de leurs confrères.

« Avec le temps, je suis de moins en moins confraternel – de manière générale, hein - : les médecins gueulent tous seuls dans leur coin. Ils attendent que les choses se fassent. Ils sont lamentablement peu syndiqués (...). Les médecins sont incultes politiquement. »

« Quand vous parlez avec des médecins, vous êtes stupéfait de leur méconnaissance des lois, des règlements, de l'application des lois. Quand le médecin vous dit : 'je l'ai fait parce que je suis médecin'. (Moi je leur réponds) – 'Je suis désolé, tu as une responsabilité, et tu vas assumer ta responsabilité.' Le problème des médecins, c'est de dire : 'je suis unique' (par rapport aussi à l'administration, à la justice), de penser être toujours dans le vrai. Par exemple, le médecin qui roule à 140 kilomètres / heure dit qu'il s'agissait d'une urgence – oui, mais de quel type d'urgence ? »

- Ils considèrent que la plupart des médecins (généralistes et spécialistes) sont globalement inconsciemment amenés à soigner trop, systématiquement, et trop vite, multipliant les risques pour les patients. Ils dénoncent plus précisément la participation inconsciente de leurs confrères à la surmédicalisation de la société (qui conduit à favoriser des intérêts particuliers, mais surtout à créer des dépendances financières, ce qui pourrait aboutir à la manipulation des généralistes - via les systèmes du paiement à l'acte, les patients, les laboratoires pharmaceutiques).

« Le problème, c'est qu'ils veulent le beurre et l'argent du beurre. » « Dans la profession, on a le cœur à gauche mais le portefeuille à droite. » « À l'époque, on était encore raisonnables, on ne voyait pas les malades deux fois par jour (...): je trouve qu'on fait marcher la machine à sous si vous voulez, ce n'est pas sérieux. (...) Les examens de laboratoire, on prescrit cela n'importe comment (...). Et les médecins français - même les cardiologues - ne savent pas prendre la tension : (résultat) la moitié des hypertendus ne sont pas traités et la moitié de ceux qui sont traités ne devraient pas l'être. Je pense (aussi) qu'on ne fait pas assez attention à ce qu'on dit. (...) Cette poursuite des actes, la non-maîtrise des médicaments : on prescrit n'importe comment. » « Est-ce que tout malade est à soigner, hein ? (...) C'est déjà pas mal de sauver, mais guérir ! Guérir c'est ambitieux, prétentieux... »

¹⁶² Dont nous avaient déjà parlé d'autres généralistes lors d'une autre étude (Vega, 2002-2003).

« Le problème, c'est que les médecins sont d'une naïveté et surtout d'une incompétence absolument incroyable pour résister à ces stratégies en France : dès le berceau, ils sont pris en charge par l'industrie pharmaceutique, donc ils n'ont aucun recul par rapport à cela, aucun esprit critique, rien du tout. (...) Et ils sont protégés par le fait qu'en plus ils sont médecins et qu'ils se croient supérieurs aux autres. Ils se disent : 'bien, du moment que je suis médecin, je suis à l'abri des influences parce que je suis tellement porteur de l'intérêt de mes patients par définition, je ne peux pas être influençable'. (...) Or, en fait, il n'y a rien de pire que cela. »

Certains considèrent alors que les charges financières (ou administratives) sont plutôt des motifs secondaires dans les cessations d'activité. Ils pointent plutôt la persistance d'énormes écarts de salaires entre généralistes et le manque de contrôles des abus médicaux (ce qu'un enquêté médecin-conseil confirme : *« La vérité, c'est qu'il y a réellement très peu de contrôles des véritables abus médicaux : en France, le client et les médecins restent rois. »*).

« Les charges administratives, le problème n'est pas là, c'est un discours un peu systématique, prétexte, des médecins. » « Il n'y a pas beaucoup de professions où on fait 50 % de bénéfices. Non, les plaintes de médecins par rapport aux charges, c'est la logique du petit commerce libéral qui se dit tout le temps assailli par les charges. »

Une minorité de médecins dénoncent la commercialisation croissante de la médecine

- Avec le système du paiement à l'acte, « plus vous voyez de monde et plus vous êtes riche ; moins vous en voyez et moins vous êtes riche... Alors, effectivement, consciemment ou inconsciemment, on sélectionne les gens les plus faciles qui prennent 5 minutes, de préférence à ceux qui prennent une demi-heure... » *Autrement dit, ce système est « dangereux » car il conduit les médecins non seulement à multiplier les actes (« course à l'acte », source d'abus financiers), mais aussi à ne prendre que des patients n'ayant « pas de gros problèmes de santé ». Ce système tend de plus à défavoriser financièrement les médecins pratiquant une médecine lente, « de qualité », adaptée « aux patients qui en ont le plus besoin ». « Cela pousse à faire de l'abattage : moi, j'ai bien vu quand même que les médecins qui vivaient bien, ils travaillaient comme des cochons ! » « C'est-à-dire que quand on veut soigner des gens qui cumulent précarité sociale, économique, culturelle et tout cela, des fois, il faut une demi-heure, voire plusieurs jours. (...) Donc, je m'étais dit : si je vois entre 15 et 20 personnes par jour, ça ne sera pas plus. (...) Donc moi, j'ai eu du mal à gagner ma vie : je n'ai pas été impossible pendant 6 ans, 7 ans de pratique. »*

- La pléthore d'informations médiatiques pousse également les usagers les plus fragiles à surconsommer. (*« Les pauvres patients sont seuls face à une agression permanente. Les gens fragiles sont agressés par des informations terrorisantes. (...) On informe sur n'importe quoi – sur le sensationnel, sur le chien écrasé -, mais on n'informe pas. »* À quoi s'ajoutent dans certains lieux trop d'offre de soins. « À R., là où les gens sont particulièrement en précarité culturelle et d'éducation - ils n'ont pas de repères éducatifs pour ne pas consommer n'importe quoi n'importe comment - il y avait les urgences qui étaient ouvertes, le service de garde des médecins, SOS médecins qui était là, et en plus une maison de la santé. Quatre structures de soins de bobologie la nuit. Donc, si vous voulez diversifier pour créer une demande illégitime, il ne faut pas faire autre chose, hein ! En plus, le SAMU pouvait se déplacer, en plus les urgences étaient ouvertes, alors vous imaginez ! »

- Les pressions des industries pharmaceutiques : « S'il y a en amont un système de soins primaires, où effectivement le médecin sera formé, sera là pour éduquer les gens à ne pas prendre n'importe quoi, à pouvoir se passer de médicaments, former les gens (*irres*), l'industrie pharmaceutique n'y a absolument pas intérêt : elle a intérêt que ses médicaments soient prescrits par le plus grand nombre. » « C'est la fin de la médecine humaniste : le gouvernement laisse faire les lobbies pharmaceutiques. Le scandale, ce sont les derniers accords entre le ministère et les laboratoires qui vont s'occuper de financer les formations initiales des étudiants. » « Les laboratoires, ils en font encore plus maintenant, malgré la loi anti-cadeaux, hein. C'est reparti de plus belle quand même (*bis*). Si : ce sont des voyages et tout ça, si, si (*bis*). » « Avant, ce n'était pas du tout comme ça, non. Et puis maintenant, il y a un énorme problème que la Caisse et que l'État n'ont jamais solutionné : quand vous sortez un médicament, et que dans les deux ou trois ans qui suivent, on vous sort un autre médicament, qui est exactement le même, ou pratiquement le même, pourquoi faire payer le double de ce que l'ancien coûtait ?! (*tape sur son bureau*)¹⁶³.. »

- L'essor de structures privées aux dépens du système public : « Ce qui a changé, ce sont les groupes privés pour personnes âgées, pour faire du chiffre. » « Il y a un truc qui m'exaspère, ce sont toutes ces cliniques privées, là, qui sont rachetées par les générales de santé où ils multiplient des actes inutiles - c'est une espèce de voleur de grand chemin. Et après, on va expliquer aux généralistes qu'ils dépensent trop ! (...) Moi je suis en colère, même très en colère, oui, parce que je trouve qu'il y a une dégradation (...) : dans les hôpitaux, il n'y a plus de personnel, plus d'infirmières, c'est horrible. Même chez les salariés, au lieu de développer les centres mutualistes, tout ce qui est médecine sociale, la psychiatrie, une médecine ouverte à tous, toute cette façon d'envisager les soins est désormais en péril : pour les administrations, la priorité c'est devenu la rentabilité. »

Autrement dit, **le refus des dérives commerciales du système de santé a été (ou s'avère être finalement) une motivation profonde de leur cessation d'activité**, de même que le manque de « professionnalisation » de la médecine générale, la grande perdante d'un système de soins qui n'est pas organisé, voire sciemment « dérégulé ». (« C'est la loi de la jungle. » « La santé est livrée aux lois du marché. »)

Ces médecins formulent alors des propositions de réformes de fond visant à revaloriser la médecine générale.

¹⁶³ Témoignage allant de pair avec ceux d'autres enquêtés qui dénoncent la mise sur le marché de médicaments identiques : « on invente des nouveaux médicaments qui n'ont aucune efficacité, et qui sont souvent beaucoup plus chers. Et cela, ça me déçoit énormément si vous voulez. » « Ils étaient arrivés à créer une succursale avec le même médicament, le même principe actif, avec un nom différent. »

Leurs propositions

- **Des recrutements plus ouverts « aux classes sociales les plus basses »** - car les études de médecine attireraient actuellement des étudiants issus essentiellement de la bourgeoisie citadine¹⁶⁴ (« accros aux services urbains ») –, pour pallier les problèmes d'installation en milieu rural notamment, et les projections sociales en décalage avec les situations réelles du terrain (confirmées également par l'étude d'Hardy-Dubernet, *op.cit*).

« Le problème, c'est qu'on est là en particulier... heu... pour appliquer nos schémas sociaux et culturels qu'on a appris en tant que bourgeois, puisque les médecins sont quand même des bourgeois, hum..., même si y'a des exceptions. Enfin, le milieu médical, c'est quand même l'école de la bourgeoisie¹⁶⁵. »

- **Des recrutements d'étudiants fondés « sur la capacité de réflexion, et leur capacité d'envie (de médecine, de patients) ».**

« Je ne dis pas qu'il faut laisser faire faire aux médecins n'importe quoi, mais déjà les motiver. » « Si on arrive à savoir déjà pourquoi on bosse, cela devrait aller mieux. Et cela, on ne sélectionne déjà pas les gens là-dessus, et on ne les forme pas ensuite là-dessus. (...) Résultat : ils vont aller au minimum, ils ne vont pas aller là où c'est dur. Ils vont aller là où c'est le moins chiant. Ils choisissent au moins chiant (...) : ils choisissent là où il y aura le moins de contraintes. Pas là où ils vont faire le plus de choses et se réaliser. »

- **Des formations initiales qui donnent aux étudiants le « goût de la diversité »** (ce qui rejoint encore les analyses d'Hardy-Dubernet¹⁶⁶, ainsi que les dires d'autres enquêtés de cette étude) notamment grâce à des stages obligatoires en médecine générale de ville, en centres de santé, en soins palliatifs. Il s'agirait alors de développer, en parallèle des « études scientifiques » (indépendantes des laboratoires pharmaceutiques, notamment sur les résultats des traitements), la prévention et « une politique de santé publique digne de ce nom ».

« Il faut développer encore plus les stages en médecine générale », « faire faire des stages à des gens plus tôt dans les études, pour leur faire connaître un peu – car ils ne connaissent que l'hôpital, à tel point que les jeunes ne veulent pas s'installer à l'écart de l'hôpital, ils veulent avoir toujours l'hôpital sous la main, ils ne connaissent que le recours aux spécialistes. »

« Il n'y a aucune politique de santé publique en France, mais c'est vraiment la caricature : quand on discute avec des gens étrangers – des Anglo-Saxons –, ils rigolent, enfin ils rigolent jaune. Il n'y a aucune vision prospective de qui doit faire quoi, de qui est qui, de qui est à sa place (...). Il n'y a pas d'épidémiologie digne de ce nom, pas de santé publique, enfin, tout ce qui est réflexion qui permet de prendre du recul. » « Le problème de la santé, c'est que c'est un système ni régulé, ni normé : on ne connaît pas les bénéfices d'une démarche thérapeutique par rapport à une autre - on n'a presque rien sur les pathologies du cancer. (...) La médecine actuelle est l'équivalent de la sidérurgie des années 1972 : on ne mesure rien. »¹⁶⁷

- **La revalorisation financière des professionnels travaillant dans certaines banlieues « difficiles » ou « campagnes désertifiées », voire l'aide au développement de « micro-réseaux »**

¹⁶⁴ Pas plus qu'Hardy-Dubernet, nous n'avons pu vérifier ces constats qui, s'ils s'avèrent exacts, pourraient en effet inspirer de nouvelles réformes (la promotion d'étudiants d'origines modestes).

¹⁶⁵ Ce qui explique aussi les chocs sociaux décrits au début de cette étude : « une caricature simple, vous savez c'est l'histoire des grosses télés. Oui on dit toujours ça : 'ils sont pauvres et ils ont de grosses télés ; ou ils fument' : 'non seulement il n'a rien bouffé, mais il fume' ».

¹⁶⁶ En matière de formation, le problème fondamental est en effet bien celui « d'un modèle professionnel unique » (hospitalo-universitaire), où les étudiants ne sont pas amenés à avoir des « goûts différenciés » pour des exercices médicaux variés (métiers, lieux d'exercices, zones géographiques). Ils ont au contraire « une seule vision linéaire et hiérarchique de la profession médicale », *op.cit*, p. 90.

¹⁶⁷ Ce qui fait également écho au témoignage d'une femme enquêtée (RP) : « Il y a une multiplicité d'informations, mais en même temps un manque de critiques. (...) Et là, c'est pas l'informatique qui résoud le problème, au contraire, car il y a déploiement de l'information et un morcellement aussi... Certaines innovations sont à la fois hyper efficaces et utiles, mais pour en mesurer toutes les interactions, cela nécessite des outils et des mises à jour. Mais du coup, il y a une multitude de choses qui sont brassées, et dans lesquelles on se noie quelque part. »

de solidarités locales (travail en commun des professionnels médicaux et sociaux de première ligne).

« Il y en a qui redoublent pour ne pas faire médecine générale ! Donc, si on dit aux jeunes : ‘vous êtes le dernier des derniers’, ou s’il faut se transformer en Don Quichotte¹⁶⁸ pour avoir une rémunération correcte : (la fin de la médecine générale libérale), c’est quelque chose d’inéluctable. »

« (Entre) le médecin généraliste qui fait du renouvellement de je ne sais quoi en permanence dans une zone citadine parce qu’il y a trop de spécialistes autour de lui, (...) et celui au fond de la campagne qui fait plein de choses : dans les deux cas, les deux sont emmerdés de la même manière par le système, hein. Moi je le sais : j’avais une activité très variée, eh bien j’étais emmerdé de la même manière que celui qui était en ville! Donc, on a l’impression parfois de se battre encore plus, d’en faire un peu plus pour les gens, et on est quand même emmerdés... heu... de la même manière! (...) Quand on paie 100 francs une consultation qui dure 10 minutes, un quart d’heure – disons en moyenne, hein –, et qu’on paye 130 francs une visite à 20 kilomètres qui va prendre trois quarts d’heure, une heure, c’est évident que vous travaillez un nombre d’heures énorme – avec un nombre d’heures sur la route, en déplacement énorme –, avec un revenu qui lui n’est pas élevé. C’est là qu’auraient dû être prises des mesures, à ce niveau-là, pour qu’effectivement, on puisse gérer un cabinet correctement. » « Par exemple, le coût des déplacements en zone rurale, c’est un scandale réel qui se pose plus encore pour les infirmières libérales. Nous, on se plaint, mais elles sont obligées de multiplier les actes tellement le prix des trajets est faible, sans parler de leurs horaires : de 6 heures du matin – avec un arrêt de 2 heures l’après-midi –, à 21 heures le soir. »

« Il ne faut pas que le médecin qui travaille le plus soit le moins bien payé de la profession, voilà. D’ailleurs, ils ont commencé à comprendre : à monter le C, qui s’est rapproché du CS (spécialistes). Et là, ils viennent de créer – ou ce n’est pas encore (fait), mais ils en parlent – : de créer une superconsultation pour les zones où il y a un déficit en médecins. Donc la consultation sera payée 20 % plus cher. Cela, malheureusement, s’ils nous l’avaient demandé, nous, il y a 40 ans qu’on sait cela!! »

« Ce sont des unités sanitaires de soins primaires avec un généraliste, un psychologue, un travailleur social, pour être au plus près du terrain. C’est ce que devraient faire tous les généralistes : on a beaucoup de réseaux informels, mais si on veut travailler correctement, c’est comme cela. »

¹⁶⁸ Cette image en dit long sur le décalage et l’impuissance ressentis par certains enquêtés.

Apprendre le terrain et l'humilité aux futurs médecins généralistes, une révolution ?

Les enquêtés font part de savoir-faire permettant de faire des économies non négligeables en matière de santé.

- « C'est impossible de soigner des gens dont on ne connaît rien de la vie, ni des conditions de vie. » « En médecine générale, l'important, c'est de savoir pourquoi les gens sont malades, et pourquoi ils viennent dans votre cabinet¹⁶⁹. Pourquoi untel n'arrête pas de venir pour trois fois rien, et l'autre même avec une fièvre à 40 ne consulte jamais. (...) Il faut savoir un peu réfléchir avec les gens. (...) Il faut recréer la confiance (chez les jeunes médecins), et en eux : leur expliquer que les patients qu'ils comprendront seront leurs patients (...), leur expliquer que contrairement à ce qu'on leur a seriné, ils ne vont pas tout comprendre, au contraire. Ils vont même souvent être choqués. Ce qui est intéressant en formation, c'est de pouvoir arriver à comprendre pourquoi : qu'est-ce qui fait que ces gens font ces choix-là, ont des priorités différentes ? Pour bien soigner, il ne faut pas juger mais essayer de comprendre, et savoir que des fois si on ne comprend rien, il faut l'accepter : cela, c'est vraiment une école d'humilité chez les médecins qui n'existe pas ou peu. »

- « On est mis à nu : c'est un métier ou une profession où il faut se supporter, faire la paix avec sa propre étrangeté. Il faut se mettre à poil, être humble : n'être que soi-même, sinon cela engendre des souffrances et des culpabilités. Le colloque singulier est un combat singulier. (...) Mais on n'est pas seulement des victimes : un peu des acteurs quelque part... Le bonheur, c'est un état d'esprit : les médecins ne sont ni à la rue, ni en souffrance, ni en guerre. Il faut être positif. (...) Je faisais partie du jeu, mais quand les règles ne sont plus devenues acceptables, j'ai dit : 'je m'en vais'. (...) Car pour être en état de charité, il faut déjà savoir s'occuper de soi, avoir un minimum d'hygiène mentale. »

- « D'après certaines études – d'après un collègue de la Sécurité Sociale -, j'étais certainement le médecin le moins cher du département tout en étant en secteur 2 ! Mais tout simplement parce que je passais un peu plus de temps, et que je prescrivais un peu moins de médicaments... Je parlais du principe que l'on m'avait inculqué à la fac : à partir de plus de trois médicaments, on est dangereux parce qu'on ne sait pas ce qui se passe. » Ces médecins ont généralement laissé également à leurs patients une autonomie (par exemple pour acheter du matériel pour prendre eux-mêmes leur tension), en fondant leur travail sur l'explication et l'éducation. « Avec 20 minutes ou un quart d'heure supplémentaire, on économisait quatre ou cinq consultations inutiles. » « En libéral, la possibilité d'augmenter ses revenus (en multipliant les consultations) est telle qu'on peut trouver des gens qui abusent. (tape) (...) C'est contrôlé, maintenant, oui. Tant mieux. Mais même maintenant, on a les moyens encore de diminuer (les dépenses de santé) : au lieu de faire une ordonnance pour deux mois, on la fait pour trois, pour quatre, pour six mois – une boîte de pilule, vous la prescrivez pour six mois, c'est un minimum (...). Moyennant quoi, cela ferait dépenser moins, mais pour cela, il faut pouvoir aussi payer les gens qui font l'effort. »

- **Faire de réels contrôles des abus financiers des patients et des médecins (« ne serait-ce que par les impôts »), mettre fin au système du paiement à l'acte, ou plafonner le remboursement des actes, voire hiérarchiser le paiement en fonction des types d'actes.**

- « Il faudrait supprimer le système du paiement à l'acte, mais pour le remplacer par quoi ? Un forfait, enfin, je ne sais pas... Je veux dire, après tout, c'est la Sécu qui paye, et qui contrôle tout (bis) de A à Z (...). C'est quand même l'État qui paie à la fin du fin, alors pourquoi on ne salarierait pas les gens ? »

« La Sécurité sociale n'a pas à rembourser 60 actes par jour à un médecin – elle en rembourse 30 et le reste c'est de sa fouille! Eh bien, plus personne n'en fera 60 : ils s'arrêteront à 30, voilà. Mais c'est évident (bis et souligné)! Et on aurait fait des économies! On aurait un système de santé qui marcherait bien - alors qu'il marche mal -, et qui coûterait moins cher - parce qu'on est le système de santé qui coûte le plus cher au monde et où l'on est de plus en plus mal soignés, et de moins en moins bien remboursés. (...) Il y a un autre système : les consultations qui ont toujours pris le plus de temps, ce sont les consultations graves psychologiques, une heure, deux heures quand vous avez quelqu'un qui a vraiment des problèmes graves psychologiquement. Il faut (alors) que le médecin puisse avoir une consultation comme le psychiatre. (...) Donc vous auriez le droit à un superacte où vous pourriez passer une demi-heure, une heure avec quelqu'un, mais par exemple un par semaine. Enfin, je ne sais pas : il faut étudier (bis). Chaque fois, il faut étudier pour que ça aille dans le bon sens et qu'il n'y ait pas d'abus. (...) Je veux bien qu'on me paie moins cher quand il y a juste un vaccin, et qu'on réserve un acte mieux payé. (Mais) il faut étudier cela de près et voir ce qui est faisable, parce que là aussi on peut prendre des décisions complètement idiotes et qui mènent à l'opposé de ce qu'on veut au départ : il faut bien réfléchir à ce que l'on fait et aux conséquences. »

- **Former les médecins au droit, les inciter à utiliser les nouveaux logiciels permettant un contrôle des prescriptions** (palliant les erreurs, le manque de contrôle des effets secondaires et de connaissances sur les interactions médicamenteuses).

¹⁶⁹ Ces constats sont le plus souvent ceux de médecins qui ont fait de l'humanitaire.

« Il faudrait une protection juridique du médecin, parce que cela, ça commence à apparaître - tout de même -, les mises en cause des responsabilités du médecin. Donc, il faudrait qu'ils soient formés en fac, et effectivement, qu'il y ait des protections. Bon, il y a les assurances, hein, mais quand il leur arrive un procès sur le dos, c'est la panique, hein : ils n'ont pas été formés pour cela. »

- **Offrir plus de débouchés professionnels.**

« Il est urgent de faire évoluer les parcours, qu'il y ait une circulation, des passerelles, qu'on ne soit pas obligé toute sa vie de rester en médecine générale libérale, qu'on ait la possibilité par exemple de faire des soins de contrôle, des conseils juridiques, des expertises du travail. »

La principale limite des réformes

- **In fine, certains médecins proposent de changer radicalement de paradigme (de façon de concevoir la répartition des pouvoirs entre médecins), en mesurant les limites d'une telle révolution.**

« Cette fois, on ne pourra pas faire un simple ravalement, ni simplement augmenter (la valeur) des actes. Il faut engager une révolution dans la façon de soigner : aller vers une approche pluridisciplinaire avec des plans sociaux et médicaux, qui s'oppose à une médecine découpée en morceaux, qui sont autant de territoires, de chapelles et de baronnies... Mais on est dans des structures de pouvoir qui veillent avant tout à rester dans leur pré carré, et c'est un frein. »

- **En effet, comme d'autres enquêtés, les médecins les plus radicaux font tous le constat de la persistance de cloisonnements et d'une certaine monopolisation des pouvoirs de décision par « des bastions de médecins », « des féodalités » en France, issus « de syndicats minoritaires », du Conseil de l'Ordre, de grands patrons de CHU, de ministres, etc., dont certains participeraient activement à la dévalorisation de la médecine générale (au profit d'une médecine plus prestigieuse et plus rentable).**

« On n'a jamais eu des syndicats qui nous représentaient vraiment : c'étaient des gens qui s'autoproclamaient nos défenseurs, qui défendaient leurs propres idées. Enfin moi, j'ai renoncé à me syndiquer. » « Ils se font surtout un pognon fou via la formation continue. » « Dès les études, hors du CHU point de salut – si vous n'êtes pas du CHU, vous n'avez pas le droit au chapitre. » « Cette année, le premier (étudiant) qui a pris médecine générale s'est fait siffler par tous... Vous vous rendez compte ! Enfin, celui qui décide par choix de faire de la médecine globale, de la médecine générale de soins primaires (petit rire) se fait huer par l'ensemble des futurs professionnels!! Vous vous rendez compte à quel niveau de décrépitude ou de décadence du soin on est rendu en France, quoi! Je veux dire, ce serait à chialer presque (rires). »

« L'autre problème, c'est celui des rapports uniquement faits par les professeurs, les médecins des CHU, qui n'y connaissent rien aux problèmes du terrain, qui regardent de haut les libéraux. »

Ces enquêtés rejoignent Hardy-Dubernet, pour qui il existe toujours en France « **des contrastes entre des poches de privilégiés extrêmement protégés et inattaquables, et des zones de fragilité et de précarité accrues.** » (op.cit, p 90)

Selon les enquêtés les plus contestataires, la faible attractivité de la médecine générale chez les étudiants et les démotivations de praticiens sont liées au manque de prise en compte de la diversité des situations et des conditions d'exercice par les pouvoirs publics (absence de régulation), mais aussi à la persistance d'une répartition des pouvoirs inégalitaires au sein de la profession médicale. Il en résulte la reproduction, voire le renforcement, à chaque génération, d'une tendance à s'installer « là où c'est plus facile », puis à s'enfermer dans des petits mondes – surtout si l'activité reste lucrative –, sans jamais remettre en cause sa pratique, ni ses conséquences sur le système de santé en général (« L'isolement appauvrit intellectuellement, et puis d'autre part, ça évite de se poser des questions sur ses compétences. »). Cette tendance est d'autant plus importante qu'« il faut être particulièrement fort pour échapper à toutes les pressions, à toutes les incitations financières » : « les médecins sont des hommes comme

les autres ». De plus, passé un certain âge, il est quasiment « impossible de se remettre en question », surtout pour les praticiens qui ont fait de leur identité professionnelle le cœur de leur existence : « il y a aussi le problème de l'effet engagement. Dire : 'c'est trop, je me trompe, c'est très difficile à dire'. » Finalement, il y a assez peu d'alternatives possibles : « se retrancher », « se faire une raison », ou changer d'activité professionnelle. Cela revient à dire qu'« en médecine générale actuellement, ce sont les meilleurs qui partent » : « les médecins qui ne se sont pas couchés qui se reconvertissent ».

Le défaut de prise en compte des spécificités du métier par les instances de décision

- Le Conseil de l'Ordre est particulièrement critiqué. Lui sont notamment reprochés le manque de soutien accordé aux médecins exerçant dans des conditions difficiles, et le fait de ne pas toujours exempter des mères assumant seules des charges de famille. Plus globalement, il chercherait « absolument à maintenir le système ancien en place », sans tenir compte des besoins des nouvelles générations (avoir « une vie de famille, surtout si la profession se féminise » en particulier). Les médecins seraient en effet représentés au Conseil de l'Ordre par « des anciens d'un autre temps » (actif). Les enquêtés les plus contestataires ont eu des mots plus durs : « en médecine, c'est la loi du silence, et le Conseil de l'Ordre est inqualifiable », « sans éthique ». « Par exemple, pour l'affaire des CMU, il n'a rien dit, puis il a répondu parce que le ministère l'y a poussé : il a dit que c'était l'affaire de chaque médecin - le libéralisme. » « C'est une instance parasite qui se prétend être garant moral mais qui n'a pas la force, juste de percevoir des cotisations. »

- Les administrations sont traditionnellement remises en cause : « Nous avons un partenaire naturel qui est l'administration – des administrations : c'est un réseau administratif, un réseau disloqué (...) -, et ces partenaires entre guillemets ne voient que leurs façons de fonctionner à eux. Vous, vous êtes censé vous plier à... J'ai plaqué la médecine libérale en abandonnant un monceau de créances vis-à-vis de la Sécurité Sociale parce que ça me fait chier de remplir les papiers pour me faire payer des honoraires, la CMU, etc. Merci bien! »

Les ressentiments au sujet des économies ou des améliorations des soins réalisés qui ne sont pas prises en compte sont importants (« Pour survivre, il est nécessaire de multiplier les actes, ce qui n'était pas notre cas. On a fait des formations, on a été exemplaires, on a suivi les recommandations, alors qu'on n'a pas eu les moyens de notre pratique. » « On était ceux qui déboursaient le moins : total, rien. L'honnêteté ne paye pas. »), de même que ceux au sujet des contrôles du travail qui sont faits « au hasard », « sans aucun bon sens, car sans vision globale de la prescription. D'où les sentiments de harcèlement des médecins : » « je jouais le jeu, alors que j'en connaissais qui ne jouaient pas le jeu. (...) Je n'ai jamais truandé un centime à la Sécu, et moi on me fait chier, alors qu'il y en a qui ne voient pas les patients, et qui font des arrêts par téléphone! (rires) Il ne faut pas exagérer quoi. » (AR).

- Le manque de discernement de l'État, qui n'a pas une connaissance suffisante du terrain, est le plus critiqué. (« L'État lance des trucs, mais jamais il n'a vraiment la connaissance de base des choses, donc il lance n'importe quoi, n'importe comment, et ça fait flop forcément. Donc, s'il n'y a pas un jour quelqu'un qui réfléchit bien, et qui demande à la base quels sont un petit peu les réels problèmes, cela ne marchera jamais. ») Sa politique de signature de conventions « avec des syndicats minoritaires – c'est tellement commode -, représentant 2 % de la population médicale » est par exemple assez peu appréciée.

Résumé de la 3^{ème} partie : des orientations sociales, des motifs de cessation d'exercice

Les carrières des médecins généralistes sont influencées par l'époque et par leur lieu d'installation (qui déterminent les types de clientèle et les types d'environnement médical). Par la suite, le choix définitif de types de ville ou de campagne, mais aussi de refuser des types de patients et des aides dans le travail déterminent les conditions d'exercice (plus ou moins épuisants, et/ou rentables).

Cependant, plusieurs variables – les profils, les âges et le genre – détermineraient également les conditions d'exercice et précipiteraient des départs. Les médecins « passionnés », « relationnels » (voire « humanitaires ») seraient davantage exposés au *burn out*. Passé un certain âge, les difficultés à changer ses habitudes de travail sont importantes. Enfin, le surinvestissement professionnel est particulièrement important et parfois accompagné de ruptures brutales de santé chez les hommes, tandis que les femmes ont tendance à cumuler les problèmes d'organisation, ce qui les conduit à se réorienter vers l'exercice salarié.

Autrement dit, les stratégies libérales médicales dont ont usé les enquêtés ayant cessé tardivement leur exercice (choix de lieux d'exercice et de « spécialisations » permettant de filtrer et de fidéliser des clientèles consommatrices de soins, tout en aménageant son organisation de travail) sont difficiles à transposer. Les motifs de cessation précoce sont en effet très variables, et liés à des priorités dans le

travail et dans la vie également plurielles : aux *burn out* (avec ou sans rupture de santé, suite ou non à l'absence de soutien entre professionnels) et à l'arrivée de concurrents s'ajoutent l'ennui et le besoin de partager ses expériences, le désir de s'occuper des siens (particulièrement en l'absence de moyen de garde pour les enfants pour les femmes), la (re)découverte de centre(s) d'intérêt professionnel(s), et le rejet des dérives commerciales de la médecine (pour une minorité d'hommes « résistants »).

4ème partie - Les limites des propositions pour sortir de la crise

Comment prendre en compte à fois la diversité des intérêts et des priorités dans le travail, et les profondes inégalités qui caractérisent l'exercice de la médecine générale, notamment en matière de revenus (Pennef, *op.cit*) ? Cette dernière partie de l'étude recense les principales propositions des enquêtés visant à répondre à cette question et suggère des axes de travail pour l'avenir, avant de conclure.

A. Doléances et propositions consensuelles des enquêtés

- En réponse aux dernières questions très ouvertes : « Que faudrait-il faire pour revaloriser la médecine générale, pour conduire les étudiants à s'orienter de nouveau vers la médecine générale ? » ou « Comment pallier les problèmes de démographie médicale ou la désaffection de certains lieux d'exercice ? », la plupart des enquêtés soulignent **les limites des réformes possibles en raison de l'attachement culturel de la plupart des médecins au statut libéral et aux valeurs libérales** (recherche d'une certaine qualité de vie et d'une indépendance dans le travail, d'une liberté commerciale)¹⁷⁰.
- Ils sont ainsi opposés à l'idée de « *sortir complètement du système libéral* » (et notamment de remettre en question le principe du paiement à l'acte), ou sont sceptiques sur les chances de réussite d'un changement de cette nature. Ils sont également très minoritaires à proposer que le lieu d'installation des médecins soit imposé : chez une majorité des enquêtés, il n'y a rien à faire pour inverser des tendances qui seraient structurelles¹⁷¹.

« Remettre en cause les actes, vous n'y pensez pas ?! ¹⁷² » « Comment voulez-vous inverser les choses ? Il faut être un peu réaliste : les médecins vont continuer à suivre les mouvements de population et les richesses ! » « Comment motiver les médecins à aller dans des régions en voie de désertification ? Il n'y a rien à faire. Pareil dans les banlieues : seuls les héros y iront ! » « Personne n'a envie d'aller s'enterrer au fin fond de la campagne, avec en plus que des vieux patients, et la misère culturelle et tout... » « Ils vont y rester quelques années et puis partir, si leur conjoint ne l'a pas fait avant eux ! »

« Il y a les quartiers sensibles (...). Je ne vois pas d'autres solutions, hein : si on veut qu'il y ait des médecins qui restent dans les Ardennes, alors que tout le monde fout le camp – même les industries il n'y en a plus –, il faudra leur donner quelque chose de plus, hein... Alors déjà qu'il fait pas beau, qu'il fait froid : on dépense plus d'argent pour se chauffer et s'habiller. En plus de cela, il y a moins de clients ! (Ici, c'est une zone sinistrée, avec des taux de chômage importants - il y a beaucoup de Rmistes, c'est un problème - : la boboterie n'est plus de mise, les gens viennent quand vraiment ils en ont besoin). C'est sûr, m'enfin c'est difficile (bis) : c'est difficile de dire que la consultation sera plus payée dans les Ardennes, et moins sur la Côte d'Azur. Pfff ! »

« La majorité des médecins qui sortent (de la faculté), ils s'installent dans la région de leur CHU en règle générale. Ils s'éloignent très peu de leur région (d'apprentissage). Donc, la population des médecins vieillit aussi, hein (...). Donc forcément, notre travail en tant que médecins locaux va en augmentant, du fait de ces données... » (actif travaillant en région rurale) « C'est vrai qu'il y a des régions pas attractives, par exemple le Massif Central : il faut être né là-bas (pour pouvoir s'y installer). »

¹⁷⁰ Culture en partie partagée aussi par des salariés (Vega, 2005).

¹⁷¹ Seules deux propositions ont été faites dans ce sens, et par des enquêtées ayant travaillé dans des villes assez peu attractives (exactement comme lors du précédent travail pour la DREES, Vega, *op. cit*) ou ayant vécu des situations alarmantes suite à la désertification médicale (« Moi j'ai vu des cabinets où les médecins ne faisaient aucune visite. Ca veut dire que quelqu'un de 90 ans venait en taxi : je trouve cela aberrant. C'est quand même malheureux aussi d'en arriver là ! »).

¹⁷² Certains enquêtés, parce que « spécialisés », ont même proposé la libéralisation de la valeur de l'acte : « Cela serait quand même important de pouvoir moduler son temps à l'heure, parce qu'en même temps, c'est une source de revenu, et que pour payer ses charges fixes aussi, c'est quand même bien légitime d'avoir des revenus qui soient à peu près stables. » (médecin généraliste qui a fixé son acte à 60 euros)

« Ce qui est difficile, c'est l'isolement, et dans les campagnes, ça revient, et cela c'est préoccupant... »

Pour les mêmes raisons, les mesures d'incitation à l'installation en milieu rural ne rencontrent guère d'enthousiasme :

« C'est bien beau d'aider les installations à la campagne, mais il faut que les malades viennent aussi ! », « et les conjoints !! » « On n'a pas envie d'être casé, même si c'est gratuit ! » (refus des aides matérielles ou financières imposées (« assistanat » « de force ») contraires au principe de la libre entreprise, à la volonté de « garder l'initiative » et de réaliser de « projets » individuels¹⁷³).

« On leur propose de s'installer avec des aides financières pendant 5-8 ans. Ça veut dire que le mec il fait : 'Top ! Compte à rebours, dans 8 ans je me barre !' (rires) C'est cela que ça veut dire ! En 8 ans, le mec a le temps de s'installer, au moment où (comme pour) tout le monde, il y a une espèce d'osmose entre sa patientèle et lui, une bonne connaissance du lieu, où les choses se font – où le mec commence à devenir rentable entre guillemets - c'est-à-dire professionnel, humaniste, à connaître bien tout le monde, heu... - il faut du temps : il faut du temps pour être parent, il faut du temps pour être médecin – bon, bin pof ! (claque ses mains) C'est à ce moment-là que le mec va se barrer quoi ! Parce qu'il va en avoir marre parce qu'il va être isolé, parce que déjà sa femme ou son mec aura eu envie de se barrer – plutôt son mec d'ailleurs, parce que maintenant on est à 70-30 %... Donc on va dépeupler les campagnes parce que les seuls médecins qui vont s'installer, ce sont des vieilles filles (rires). Non, mais là, donc, il va falloir réinventer les bonnes sœurs. On va demander aux bonnes sœurs qui existent encore de faire médecine (rires), c'est le seul moyen : envoyez des missionnaires dans la Haute Saône, dans la Nièvre, dans l'Aube pour soigner les derniers survivants de l'espèce humaine (rires). Et puis dans les cités, je ne sais pas... des karatékas. »

- En conséquence, des enquêtés proposent plutôt pour motiver les jeunes médecins à choisir la médecine générale et à s'installer à la campagne de leur **donner une somme d'argent, en leur laissant déterminer où et comment aménager le cabinet** (matériel, espace, décoration, type de secrétariat et de formations), et cela, parfois dès les études pour ceux qui se destinent à exercer dans des régions peu rentables.

« Si on dit tout de suite, aujourd'hui : 'vous allez gagner plus' – dès l'internat -, plutôt que de faire des exonérations de je ne sais quoi - il (l'étudiant) en fera ce qu'il voudra de cet argent - plutôt que des exonérations de taxes et que de payer la réparation des vespasiennes municipales. (...) Il faut que cela soit gratifiant et auto-gratifiant : la gratification universelle, c'est l'argent... le portefeuille (...). Qu'on les paye suffisamment pour qu'ils aient de quoi alimenter leurs initiatives, et pas qu'on fasse des défalcatations. Cela, c'est à l'envers, on marche à l'envers ! (...) Il faut de l'argent, mais suffisamment pour que la personne soit autonome, à la fois pour travailler, et en compensation pour voir se payer les formations qu'elle veut – prendre des jours de congés, pour son plaisir – et pas des formations obligées par l'évêché ou la papauté –, et pour pouvoir avoir tel appareillage. (...) Bref, il faut laisser la barre au capitaine du bateau, surtout quand c'est le seul marin à bord. Moi à deux heures du matin, je suis le meilleur cardiologue du monde : le seul (rires). (...) Donc, quand je parle de l'argent, c'est comme valeur de médiation universelle : on ne travaille pas pour l'argent, on travaille par l'argent. C'est un outil, il faut se servir de l'argent, pas servir l'argent. »

- Pour pallier les déséquilibres de la démographique médicale, certains enquêtés ont proposé **l'ébauche d'un statut mixte** (salarial/libéral) : un « aménagement fiscal », « des indemnités forfaitaires » (à l'instar du dispositif du médecin référent), « un système de capitation » (reste alors la question de la façon d'établir des classements entre les différentes catégories de médecins).

« Pourquoi on ne ferait pas de la capitation ? (...) Vous savez, c'est dégressif, c'est-à-dire que donc pas d'encouragement à surbosser quoi : bien payé oui, puis après ça diminue. Semi-libéral, semi-salarié, hein ? Une espèce de demi-régime. »

¹⁷³ Certains enquêtés formulent aussi des critiques à l'égard des aides proposées par les mairies (« Ce n'est pas votre maison, c'est une toute autre philosophie. ») - dont deux enquêtés ont pourtant bénéficié (dont un dès 1968, dans une banlieue ouvrière). Plusieurs cas d'installations réussies ont cependant été rapportés par d'autres enquêtés (mais il s'agit la plupart du temps de collègues étrangers).

La diversité des intérêts médicaux : une limite aux éventuelles réformes du système du paiement à l'acte

« La consultation étant plus longue, il faut payer le gars qui fait la consultation. On en avait parlé à un moment : la première consultation coûtait une fois et demi, voire le double, alors que la consultation de surveillance coûtait moins cher. (...) Cela n'a jamais évolué parce que la majorité des médecins étaient contre ! Là, il ne faut pas donner la faute aux politiques – si : eux n'ont jamais osé le faire.

Et pourquoi les médecins étaient contre ?

Bien parce que c'est plus rentable de faire deux consultations en 5 minutes, alors que si on fait une consultation toutes les 15-20 minutes, faites le compte : en une heure, eh bien cela n'en fait que trois, alors que si vous en faites une toutes les 5 minutes, toutes les 10 minutes, cela en fait déjà six. Bah, il vaut mieux en faire six pour le portefeuille au lieu de trois, car les autres frais eux, ne sont pas proportionnels à ce que vous faites – il y en a qui sont proportionnels, mais pas tous, donc...

Mmm, donc cette histoire de paiement à l'acte, c'est...

Le problème du paiement à l'acte, c'est (tape sur la table) quelque chose qui se discute, hein : il est évident qu'on peut avoir des paiements qui soient différenciés, sans aucun doute, hein. Il y a des tas de choses qui peuvent se faire de façon différente. Je pense que cela finira (par se faire) parce que le paiement à l'acte devient de plus en plus difficile à défendre. Parce que cela revient cher, voilà.

Pourquoi ne pas envisager... Mais là vous vous attaquez à la médecine libérale, et là ! Et là, vous tombez sur un bloc...

Qui vient des traditions des médecins eux-mêmes ?

Tout à fait. (...) On pourrait inscrire les patients sur une liste, et payer les médecins à l'année – tant par an par patient -, mais le danger, c'est aussi qu'en ne payant pas, les revenus baissent. Donc faire un système (mixte), comme cela se fait déjà en Italie et en Allemagne – de telle heure à telle heure, ce type de consultations. Mais le problème alors, c'est une médecine à deux vitesses, avec des consultations privées à 1 000 francs, même plus, et les autres à attendre des heures à l'hôpital – c'est d'ailleurs ce qui est en train de se faire, pas chez les médecins généralistes, chez les libéraux, parce qu'ils ont le droit. »

Autrement dit, en dehors de ces revalorisations financières (et du consensus concernant la revalorisation des actes par rapport aux spécialistes), la plupart des enquêtés admettent ne pas avoir de réponses, bien qu'ils ressentent la nécessité de trouver de nouvelles solutions à la crise de la démographie médicale : « il y a quelque chose à inventer », « il faudrait donner quelque chose en plus, mais comment ? », « c'est compliqué », « parce que la médecine gratuite ce n'est vraiment pas la solution », « franchement, je ne vois pas comment on pourrait faire changer les choses », « je n'en sais rien », « honnêtement, je ne sais pas comment on pourrait faire. (...) C'est plus pour nous les réformes, on est trop vieux. », etc.

In fine, seules quelques propositions, ayant leurs limites, font l'unanimité parmi les enquêtés de cette étude :

- « Il faudrait multiplier les stages à l'hôpital et (les faire durer) plus longtemps – mais on est déjà exploités comme externe, donc (il faudrait) trouver mieux... Les stages en médecine générale ? Mais ça se fait déjà, donc faire mieux aussi. »
- « Faire savoir (aux étudiants) qu'on gagne bien sa vie aussi à la campagne : on gagne mieux sa vie – c'est ce que disent les médecins de ville, hein -, même sans forcer beaucoup... heu..., du fait qu'il y a plus de clientèle. » (en réalité, tout dépend du type de campagne, comme nous l'avons montré)
- « Pour éviter les démotivations précoces » : permettre à des médecins (trop fatigués) de ne plus faire de gardes avant 55 ans et dispenser de gardes les mères de familles isolées ; faciliter les passages vers le salariat des médecins épuisés (« à réserver aux médecins qui ont besoin de souffler ») et revaloriser (financièrement notamment) le travail des médecins coordinateurs de maison de retraite « amenés à jouer un rôle majeur dans l'avenir ».
- Inversement, ôter les limites d'âge en milieu salarié pour des médecins désirant y achever leur carrière et toujours en bonne de santé.
-

B. Recommandations des chercheurs : aider des médecins à travailler moins

- Les motivations financières : l'arbre qui cache la forêt
- Si des revalorisations financières semblent nécessaires, elles doivent être décidées après une étude précise de leurs conséquences probables, au risque d'accroître des césures déjà profondes. En effet, le fonctionnement du système de santé reste en France source de revenus « opaques », car les pratiques de soins sont très hétérogènes (Danet, *op.cit*, Pennef, *op.cit*, Étude qualitative,

op.cit). Autrement dit, « (dans les réformes à faire), *tout se tient : il y a l'enseignement, l'exercice, les revenus ; il faut une solution globale. Augmenter le revenu des médecins, augmenter la consultation, c'est bien. Mais quand on fait ça, on augmente aussi les revenus de gens qui font 60 actes par jour !* »

De plus, certaines demandes de revalorisation financière cachent souvent des besoins de revalorisation professionnelle difficiles actuellement à mettre en œuvre, à moins de changer profondément d'orientations politiques. En effet, si certains généralistes sont amenés « à répondre à tous les problèmes de société » et « à se substituer » aux curés, assistantes sociales, psychologues, psychiatres¹⁷⁴, voire aux policiers dans certains lieux d'exercice, c'est d'abord en raison du manque de professionnels de la santé et de professionnels de proximité.

- Dans certains lieux d'exercice difficile, les regroupements seraient alors à encourager (exercice (semi-)salaré au sein de cabinets de groupe, de dispensaires, de maisons médicales de garde). Cependant, comme le montre notamment cette étude, ce type d'exercice ne convient pas toujours aux médecins déjà en place et peut être source de conflits entre praticiens (tout dépend également des environnements médicaux locaux, et du pouvoir de chaque médecin).

La culture libérale, mais aussi la diversité des conditions d'exercice de la médecine générale imposent donc plutôt prudence et discernement : les réformes globales imposées sont à écarter.

- **Une carrière plus à la carte, prenant en compte la variabilité des besoins selon les âges et les individus : plus de choix, plus de passerelles** (des mesures plus adaptées à des besoins divers).

« *Il n'y a pas de progression (de carrière) possible* », « *ou alors, ce ne sont que des choses peu intéressantes.* » (médecin reconverti et retraité tardif)

À ce sujet, en revanche, plusieurs pistes prenant en compte les expériences positives d'enquêtés retraités et de reconvertis peuvent être envisagées. En effet, comme pour d'autres professions exposées à des risques de *burn out* (enseignants, infirmiers), l'exercice de la médecine générale nécessite des ajustements tout au long de la vie qui ne vont pas toujours de soi. De plus, pour certains professionnels, le métier de généraliste n'est pas forcément une profession « *pour toute la vie* ».

Il s'agirait alors de mieux accompagner les glissements d'activité (« spécialisation », reconversion, ou « petites activités » après la retraite) :

- de faire connaître dès l'université les stratégies qu'ont développées des retraités tardifs pour s'épanouir dans le travail .

Pousser les doyens des facultés de médecine à faire venir en particulier des médecins ayant réussi à s'épanouir à la campagne afin de contrecarrer les projections sociales de certains étudiants (qui choisissent leur spécialité ou leur lieu d'exercice surtout sur leurs réputations, qui en s'en font des représentations « à fortement nuancer »¹⁷⁵) pourrait y contribuer. Mettre en place des aides à l'orientation - compte tenu du nombre d'étudiants dont les choix de vie sont peu réfléchis (choix d'un secteur, d'un lieu d'exercice et d'un mode d'exercice rapidement voués à l'échec) pourrait être un autre moyen d'y parvenir.

¹⁷⁴ Selon des enquêtés, les pénuries d'infirmières ou de psychiatres seraient aussi alarmantes que celle des médecins généralistes. (« Ce sont tous les piliers de la santé qui sont touchés, les infirmières aussi comme par hasard. » « Tous les médecins généralistes sont débordés, mais je ne suis pas sûr qu'il y en a pas assez. Il y a plus assez de psychiatres, ça c'est sûr ! Quand j'ai entendu parler de la tentative de déremboursement (*en psychiatrie*) j'ai eu un choc... »

¹⁷⁵ « Images très floues » (Hardy-Dubernet : *op.cit*, p. 66).

- de continuer à multiplier les dispositifs de reconversion (notamment vers le salariat¹⁷⁶), d'assouplir les passages - notamment vers la psychiatrie (d'autant que cette spécialité voisine motive des généralistes et que les besoins en psychiatres sont importants) ;
 - de consolider, de faire mieux connaître l'ébauche d'un statut mixte (salariat/libéral) ;
 - d'aider davantage les retraités qui souhaitent encore travailler (quel que soit le niveau des rémunérations) en les informant davantage sur des « activités » ayant à voir de près ou de loin avec la santé (d'autant qu'il existe des besoins dans ce domaine, par exemple en milieu scolaire), en leur aménageant des postes de travail leur permettant de poursuivre à leur rythme leur activité, qui correspond à l'idéal d'une vie (« être encore utile pour les autres »).
- Les réformes qui pourraient être mises en place par l'État ont donc une portée qui reste limitée, à moins de commencer à **s'attaquer vraiment à la principale cause de cessation d'activité : le burn out** (c'est-à-dire à accompagner, prendre soin, écouter, aider les professionnels avant qu'ils ne soient en situation d'épuisement professionnel).

Sur ce point, en effet, tout reste à faire (et à imaginer) : il faudrait repenser le contenu des formations initiales, mais aussi mieux accompagner les étudiants durant les stages, puis sur le terrain, voire tout au long de leur carrière.

Par ordre d'urgence :

- Pour éviter les grands sauts en solitaire après les études, il s'agirait de favoriser les formes de compagnonnage - lors des premières gardes, des premiers remplacements, des premières consultations. (Et pourquoi pas par des retraités toujours motivés ?)
- Pour prévenir les risques de *burn out*, il s'agirait dès l'université d'informer les futurs médecins sur les principaux risques du métier, mais aussi d'exploiter plus systématiquement les retours de stages des étudiants, notamment pour leur apprendre à mieux cerner leurs limites personnelles et à s'habituer à en parler. Ce serait un moyen également d'atténuer l'image encore présente dans l'ensemble de la société du médecin « *sur-homme* », intériorisée par de nombreux enquêtés, de montrer d'emblée les limites du désir de « tout assumer en solitaire » très prononcé en secteur libéral, et de travailler sur les motivations de celles et de ceux qui sont déjà « dans le don » ou qui idéalisent la profession.
- Pour les médecins déjà sur le terrain, des bilans de compétences pourraient être proposés aux praticiens qui commencent à douter de leurs pratiques ou qui ne se sentent plus « faits pour l'exercice libéral ».

¹⁷⁶ À l'instar du Plan Juppé du 30 octobre 2004 en faveur du passage de médecins généralistes vers la médecine du travail.

Les sciences humaines, des expériences et des informations utiles aux futurs médecins, à développer à l'université¹⁷⁷

Ces enseignements sont particulièrement adaptés aux professions de la santé et du social (ils ont d'ailleurs trouvé leur place dans le cursus médical dans de nombreux pays, et dans les formations d'infirmières en France).

- En effet, pour peu que ceux qui les dispensent connaissent de près les (futurs) professions de leurs publics, ces enseignements ont le mérite d'aborder des sujets « tabous » (par exemple les rapports complexes à la vieillesse et à la mort dans nos sociétés – en particulier dans les professions (para) médicales -, les patients dont personne ne veut, les rapports entre le travail et la santé¹⁷⁸). Ils peuvent également amener des étudiants à réfléchir sur ce qui va *a priori* de soi (par exemple l'endurance professionnelle, les hiérarchies de prestige entre spécialités).

- De plus, ils peuvent aider à transmettre les expériences de soignants (par exemple, en médecine générale, l'importance d'apprendre « à lever le pied », à dire non, et à chercher de l'aide lorsque les clientèles ne correspondent plus aux désirs initiaux), voire à répondre lors de formations continues à certaines interrogations habituellement tues, en qualité de professionnels extérieurs et neutres (par exemple, « *Est-ce que j'ai le droit d'aimer mes patients, et d'en détester d'autres ?* »).

- Enfin, ces formations permettraient aux futurs médecins de mieux accepter les nouvelles attentes et expressions de patients, en informant notamment sur les phénomènes liés à la médicalisation de la société, aux problèmes de santé (chômage, précarisation du travail, etc.).

En s'appuyant sur des études de terrain, ces formations pourraient aider les étudiants à s'interroger sur toutes les facettes de la pratique de la médecine, dont tous les enquêtés reconnaissent l'extraordinaire richesse. Autrement dit, pour reprendre l'expression d'Hardy-Dubernet (*op.cit*, p. 65), la médecine générale est « la vraie médecine, presque trop » : elle est source d'épanouissement, mais aussi de difficultés. Comment trouver la bonne distance avec les patients, comment refuser des patients, ou comment « résister » aux pressions des industries pharmaceutiques ? Les médecins généralistes peuvent être également tentés de mettre à l'écart leurs propres problèmes de santé, de stigmatiser les exigences des patients, et d'allonger leur temps de travail face à des demandes finalement rarement anonymes et leur permettant de préserver ou d'accroître leur niveau de prestige social.

- Aider à faire face à d'autres difficultés

- *Les besoins d'aide à la gestion financière et administrative ne doivent pas être sous-estimés.*

L'étude montre que de nombreux enquêtés ont mal géré leur cabinet, mais aussi que certains ont éprouvé des difficultés financières qui les ont empêchés d'avoir une secrétaire par exemple, et peu anticipé les conséquences de leurs reconversions notamment. Il s'agirait alors sinon d'aider financièrement les médecins (pour le secrétariat), de faciliter les procédures administratives, ou au moins de mieux expliciter les démarches, via Internet par exemple (et de faire de même pour les nouvelles réformes).

- L'étude confirme la nécessité d'une meilleure préparation à l'exercice médical et au statut libéral, mais aussi le besoin de soutien de médecins qui se retrouvent seuls. Il s'agirait alors de développer des formes d'écoute anonyme adaptées à leurs emplois du temps (écouter les écoutants au cas par cas, leur permettre de mettre des mots sur les difficultés qu'ils rencontrent¹⁷⁹, voire de faire se rencontrer ceux qui (ont) partagent (é) les mêmes interrogations), voire de **multiplier et de publier les études réalisées sur la médecine générale**. Nous faisons en effet *in fine* le même constat que lors de notre dernière étude pour la DREES :

* La plupart des médecins ont souhaité connaître les résultats de cette enquête parce qu'ils manquent d'informations sur la pratique de leurs confrères et de temps pour partager leurs expériences.

¹⁷⁷ Et pas seulement durant les premières années des études.

¹⁷⁸ « Nos hommes politiques travaillent beaucoup plus que nous et c'est pas pour autant qu'ils tombent comme des mouches... Mais il y a beaucoup d'autres métiers qui sont beaucoup plus pénibles que le nôtre, hein, c'est pas pourtant qu'ils meurent plus. » (*actif*)

¹⁷⁹ Également souligné par Haxaire (*op.cit*, p. 10).

* Une partie des enquêtés souffrent de la méconnaissance, ou de l'absence de reconnaissance de l'hétérogénéité de leurs conditions de travail (et de leurs revenus) par l'ensemble du corps social (les médias, les pouvoirs publics, le Conseil de l'Ordre).

Nous invitons donc tous les chercheurs à poursuivre ce type d'investigations (qualitatives et quantitatives). Cette étude présente en effet de nombreuses limites : elle ne donne qu'une vision très partielle des difficultés rencontrées au travail par les jeunes actifs, elle fournit des indications sur les motifs de cessation qui restent à compléter à partir d'échantillons plus importants (pour valider ou non l'incidence des lieux d'exercice, des types de clientèle et du profil de chaque médecin), et elle pâtit d'un manque de données chiffrées permettant de savoir s'il y a ou non une augmentation significative du nombre de cessations d'exercice précoces et des problèmes de santé parmi les généralistes en France¹⁸⁰.

C. Conclusion générale : des réformes difficiles à mettre en œuvre à cause de la diversité médicale

L'analyse des parcours professionnels d'une trentaine de médecins généralistes montre les constantes d'une profession où les jeunes médecins semblent toujours livrés à eux-mêmes au sortir des études (sauf les enfants de médecins et ceux qui ont la chance d'être « accompagnés »). Les recrutements et les formations initiales sont en effet inadaptés à l'exercice (et à l'évolution des besoins de certains usagers). De plus, l'endurance professionnelle des étudiants, toujours valorisée à l'hôpital, et qui participe à faire du médecin un « sauveur du monde », un « sur-homme »¹⁸¹, explique qu'une grande partie des enquêtés se soient ensuite eux-mêmes chargés en temps de travail, littéralement épuisés (surinvestissement professionnel aux dépens d'équilibres personnels : santé, famille). Les cessations d'activité précoces peuvent être liées à l'arrivée de concurrents locaux, mais également à l'absence de soutien entre médecins, principalement en raison de concurrences locales. Les conflits et la solitude professionnelle sont donc des motivations importantes pour quitter la profession ou le secteur libéral, à quoi s'ajoutent enfin – mais à des degrés très variables selon les enquêtés – le besoin de s'occuper des siens (particulièrement en l'absence de moyen de garde des enfants pour les femmes), la (re)découverte de centre(s) d'intérêt professionnel(s), et le rejet des dérives commerciales de la médecine (exprimé surtout par une minorité d'hommes enquêtés).

Cette étude révèle aussi les multiples façons d'exercer la médecine générale – d'où des motifs de cessation partiellement différents¹⁸² – (par exemple l'existence de statuts, des domaines de compétences ou d'expertises extrêmement variés, comprenant des modes d'exercice particuliers et des activités spécifiques, et les multiples possibilités de se reconvertir, tant chez les retraités que chez les actifs (même si le nombre des passerelles serait à accroître), en raison même de la diversité des « spécialisations » et des centres d'intérêt sociaux. Cependant, elle confirme surtout l'existence de conditions de travail variables selon les lieux d'exercice et les types de clientèle (plus ou moins difficile, usante, rémunératrice et prestigieuse). Ainsi, les praticiens épanouis au travail sont ceux qui ont su choisir des lieux d'exercice rentables (et qui n'ont pas idéalisé le métier avant de commencer à l'exercer) ou qui ont pris le risque d'en changer avant qu'il ne soit trop tard (car les bassins de clientèle sont toujours susceptibles d'évoluer, et de ne plus répondre aux attentes initiales de chaque praticien). Une partie de ces praticiens ont également eu tendance à refuser des prises en charge trop lourdes (problèmes psychosociaux) ou à se spécialiser. Ils ont su s'entourer de partenaires de travail (partage des gardes, de clientèles difficiles, remplacement lors des repos, aide administrative ou soutien psychologique de la part de leurs conjoints) et ils ont développé les réseaux d'entraide au

¹⁸⁰ À l'instar de celles réalisées auprès des professionnels hospitaliers.

¹⁸¹ Ces résultats sont confirmés par les études menées au Québec par Daneault, *op.cit.*, p : 114-115. Sur les phénomènes d'auto-dépréciation de leur propre souffrance par des médecins : Vega, 2007.

¹⁸² Qui demanderaient à être encore étudiés, par exemple en commençant par croiser nos entretiens avec ceux conduits par la seconde équipe de chercheurs, puis avec les analyses d'I. Bourgeois (qui souligne également « l'impossibilité » des réformes en médecine générale).

travail¹⁸³. Enfin, la plupart ont jugé leur présence auprès des patients normale (et ont mis de côté leur vie privée).

Autrement dit, les lieux d'exercice, les organisations du travail, les types de relations avec les patients, les rapports à la profession, les priorités dans le travail favorisent ou non la poursuite de l'activité en médecine générale libérale, qui reste finalement très personnelle¹⁸⁴. Il convient alors de nuancer les discours opposant systématiquement vieilles et jeunes générations de praticiens¹⁸⁵, ville et campagne. (Quelle ville ? Quelle campagne ? Quel environnement familial et quelles possibilités d'entraide médicale ? Quel profil de médecin ?) De même, les discours présentant l'augmentation des charges financières et administratives comme des motifs principaux de cessation d'activité ne sont surtout pas à systématiser - non pas que des motivations financières sous-jacentes ne soient pas une réalité (elles le sont dans toutes les professions libérales), mais les facteurs économiques sont souvent de vrais-faux facteurs de cessation d'activité, l'arbre qui cache la forêt d'autres motivations et césures plus souterraines. Il existe en effet des plaintes leitmotiv qui visent avant tout à défendre la profession à l'égard des spécialistes (notamment). De plus, les difficultés économiques rencontrées par certains praticiens vont souvent de pair avec l'impossibilité de réaliser leur médecine, et les motifs de leur départ sont mêlés à d'autres plaintes récurrentes en médecine : baisse de « *la qualité de vie* », « *opportunité* » d'obtenir un autre poste, pressions familiales, etc. (désirs d'accomplissement professionnel ou familial). Enfin, les charges financières, administratives, de même que les risques de procès, deviennent en fait insupportables quand ils viennent s'ajouter à des activités devenues trop prenantes ou peu intéressantes, mais surtout lorsque le travail est devenu peu sécurisant, peu valorisant, voire marginalisé (de plus en plus « *déconsidéré* »), et finalement marginalisant ou humiliant. Autrement dit, les sentiments de déclassement social ne doivent pas être sous-estimés dans les motifs de cessation d'activité. Quant aux problèmes de surcharge administrative et aux difficultés économiques, elles sont les conséquences des choix de lieux d'exercice, de types de pratique et d'orientations professionnelles, et non les causes, voire des indices de *burn out*.

Peut-être faute d'une bonne connaissance de cette diversité médicale, et des conséquences du système du paiement à l'acte, les réformes semblent avoir jusqu'à présent plutôt mis de côté les praticiens exerçant une médecine lente en secteur 1, par définition peu rentable (une partie des enquêtés retraités précoces qui ont choisi le MICA par défaut, et presque tous les enquêtés qui se sont reconvertis). Ces enquêtés, travaillant déjà de gré ou de force auprès de populations « difficiles » (personnes ayant des problèmes sociaux, en demande de soutien psychologique, âgées, pour lesquelles les consultations sont plus longues), surtout quand ils exerçaient dans des lieux déjà « *sinistrés* » (peu attractifs), se sont démotivés. Ils ont été débordés par l'ampleur des problèmes de santé, mais ils ont surtout souffert du manque de soutien des pouvoirs publics comme du Conseil de l'Ordre, de la non-reconnaissance de leur fatigue et de leurs orientations professionnelles.

¹⁸³ En travaillant également au sein de structures sanitaires locales, en participant aux formations (souvent organisées par les laboratoires pharmaceutiques), en étant syndiqués, en étant en lien avec le Conseil de l'Ordre (soutien, captation d'informations professionnelles locales et nationales), et en assumant des fonctions politiques, associatives, etc.

¹⁸⁴ Ainsi, chez les enquêtés, les mêmes données (par exemple, le fait d'avoir réalisé une étude économique avant de s'installer, d'exercer seul, l'aménagement des horaires de travail, l'irruption d'une maladie, les nouvelles réformes, l'augmentation du nombre de clients) ont donné lieu à des choix individuels différents, voire opposés : poursuite, arrêt provisoire de l'exercice de la médecine générale, remplacements, changement de secteur d'exercice.

¹⁸⁵ À chaque génération, les sacrifices des plus anciens sont rejetés, mais les médecins sont conduits à reproduire malgré eux des rythmes de travail soutenus. De plus, l'étude atteste moins de l'aggravation de tendances « individualistes » (recherche du confort au travail également chez des retraités en milieu et fin de carrière), que de la poursuite d'ajustements à tous les âges (exercice mixte, remplacements) afin d'échapper à des contraintes ou responsabilités trop importantes (charges morale et financière de cabinet, peur de l'erreur).

Une image de la médecine (générale) se dessine : celle d'une communauté professionnelle aux multiples visages, caractérisée par de profondes inégalités (déjà mises en lumière par Hardy-Dubernet, *op.cit*), avec des gagnants qui ont su se projeter dans le futur, « des perdants » qui ont subi les conséquences de la médicalisation de la société, et du manque de prise en charge des problèmes de société¹⁸⁶.

Pour sortir de ces difficultés, les expériences et les propositions des enquêtés abondent : théoriquement, il resterait juste à les écouter pour de bon. À moins que la disparité des intérêts médicaux rende justement les réformes globales quasiment impossibles¹⁸⁷ ? Doit-on en conclure pour autant que les réformes doivent venir des médecins eux-mêmes ? Nous ne le pensons pas, à moins de risquer également d'approfondir les césures qui caractérisent la profession. Il conviendrait alors de continuer à analyser les multiples facettes de l'identité médicale, et d'interroger ces grandes lignes de fracture au sein de la médecine générale – à ne plus penser de façon globale, et sans lien avec l'ensemble du système de santé, ou uniquement en termes strictement financiers.

C'est en effet à une réflexion plus systémique que nous invitons. Car mieux prendre en compte les efforts, l'investissement au travail d'une partie des professionnels « *de première ligne* » (des généralistes mais aussi psychiatres, infirmières de ville, aidants à domicile, etc.) confrontés aux dimensions sociales des soins - c'est-à-dire à des problèmes de société - revient toujours à se poser une seule question : quelle médecine pour demain ?

À cet égard, la situation de certains médecins généralistes rejoint celle d'autres soignants qui ne parviennent plus à gérer leur temps de travail et à maîtriser l'afflux de « *malades tout venant* », et qui se sentent donc les plus agressés par les patients et leurs proches (ingratitude, incivilités, violences) - d'où d'autres situations de *burn-out*, notamment de cadres, d'infirmières et d'aides soignantes ayant souvent le sentiment de ne plus pouvoir faire des soins de qualité, qui se sentent seuls et impuissants, surtout s'ils subissent déjà des violences institutionnelles (c'est-à-dire s'ils subissent des souffrances au travail du fait des demandes des cadres, des patrons, des directions ou en raison du manque de temps de repos, d'information, d'écoute)¹⁸⁸. Réfléchir à l'avenir revient alors à souligner des réalités sociologiques qui restent le principal obstacle des réformes : les inégalités de traitement qui touchent une partie de la population (difficilement prise en charge par la médecine de ville et « incasable » à l'hôpital) sont le parfait miroir des inégalités de traitement des personnes qui s'en occupent (également moins diplômées, moins rémunérées – et souvent peu soutenues alors qu'elles ont justement un travail plus difficile à réaliser). Autrement dit, en l'état actuel du système de soins, tout pousse les professionnels à s'orienter vers des exercices plus faciles : en secteur salarié, comme en secteur libéral, il est préférable, pour « vivre bien », de filtrer les demandes et de drainer des clientèles consommatrices de soins, dans des régions déjà fortement médicalisées (choix de spécialités et de régions attractives).

Dans ces conditions, les médiations au cas par cas (écoutes, formations, aides ponctuelles sur le terrain) peuvent au moins permettre aux soignants qui se sentent laissés pour compte « *de vider leur sac* », voire de prendre du recul sur leurs propres pratiques, de recouvrer leur estime, et ce faisant d'être plus en mesure d'écouter les patients en souffrance. Notre proposition est donc de reconduire ce type d'approche de terrain pour ces soignants, mais aussi pour mieux comprendre les adhésions très partielles à certaines réformes, et surtout pour fonder les réformes à venir sur une meilleure connaissance du terrain – c'est-à-dire des conditions de travail et de revenus très hétérogènes, mais sans gommer ce qui appartient aux registres du sensible et de l'humain, fondamentaux dans tous les

¹⁸⁶ D'autres enquêtes confirment cette tendance : les représentants des « approches soignantes », « de qualité » (médecine lente, sociale) sont actuellement en voie de partance (Daneault, *op.cit*).

¹⁸⁷ D'où des réactions souvent contradictoires aux (propositions) de réformes évoquées dans le cadre de cette étude.

¹⁸⁸ Sans oublier tous les autres qui interviennent en maisons de retraite, au domicile, palliant les dysfonctionnements de tout un système. Sur les délégations de soins qui incombent désormais de plus en plus aux « aidants », lire les travaux de l'anthropologue Francine Saillant.

métiers de la santé. L'objectif serait de nuancer les regards souvent trop globalisateurs que les médias et les pouvoirs publics posent encore trop souvent sur les médecins (comme sur d'autres professions de la santé, et sur les patients¹⁸⁹).

¹⁸⁹ Il existe en effet des degrés de médicalisation très variables sur le territoire (recours aux urgences, aux spécialistes), et en médecine générale notamment des profils de médecins et des profils de patients différents.

Bibliographie

- Blanchet A., et al, *L'enquête et ses méthodes : l'entretien*, Nathan (collection 128) Paris, 1992.
- Bourgeois I., « Le médecin traitant dans la réforme de l'Assurance maladie. Une étape symbolique pour la cause généraliste », *Esprit*, février 2005.
- Bouchayer F., Soigner des personnes âgées : quels effets sur les professionnels de santé, *Swiss Journal of Sociology*, 32 (3), 2006 : 457-474.
- Bourgeuil Y., et al, *La régulation des professions de santé. Études monographiques : Allemagne, Royaume-Uni, Québec, Belgique, États-Unis*, rapport final de la DREES, 22 mars 2002.
- Broclain D, La médecine générale en crise ?, in Aïach, Fassin (dir) *Les métiers de la santé*, Paris, Anthropos, 1994 : 121-161
- Daneault S., et al, *Souffrance et médecine*, Presses de l'Université du Québec, 2006.
- Danet F., « La dramaturgie de l'urgentiste », *Esprit*, février 2007, p : 143-157
- Davezies P., Daniellou F., L'épuisement professionnel des médecins généralistes, une étude en Poitou-Charentes, Union Régionale des Médecins Libéraux de Poitou-Charentes, Avril 2004.
- Étude qualitative des interactions professionnelles dans les réseaux de soins informels* (Faure, Humbert, Lustman, Sarradon, Vega), ANAES, 2002-2004.
- Froment A., *Pour une rencontre soignante*, Paris, Éd. des Archives Contemporaines, 2001.
- Gavi P., et al, *On a raison de se révolter*, Paris Gallimard, 1974 (p. 178-198).
- Good M., *Medicine, Rationality and experience*, Cambridge University Press, Boston, 1994.
- Hardy-Dubernet A-C, Faure Y., *Le choix d'une vie... Étude sociologique des choix des étudiants de médecine à l'issue des épreuves classantes nationales*, 2005, document de travail, DREES, décembre 2006.
- Haxaire C., (resp) *Représentations de la santé mentale et de la souffrance psychique par les médecins généralistes* (de Bretagne occidentale), programme de recherche « Sciences biomédicales, Santé, Société », CNRS/Inserm/DREES-MiRe, 2005-2006, Césames, 2005.
- Herzlich C., Du symptôme organique à la norme sociale. *Sciences Sociales et Santé*, 2, 1, 1984.
- La Peyre N, Le Feuvre N, *Féminisations du corps médical et dynamiques professionnelles dans le champ de la santé*, *Revue française des affaires sociales*, 2005, 1 : 59-81.
- Le Breton D., « Expériences de la douleur, expériences de la violence », *De la violence II*, Séminaire de F. Héritier, Ed. Odile Jacob, 1999, pp. 114-132.
- Lucas-Gabrielli V., et al, « Questions d'économie de la santé », *Bulletin d'information en économie de la santé*, n° 81, avril 2004, CREDES.
- Marmier F., *Recomposition des réseaux de sociabilité lors du passage à la retraite*, thèse de sociologie, Université Louis Lumière, Lyon 2, 2000.
- Mauger G., « les transformations des classes populaires en France depuis 30 ans », in J. Lojkine, P. Cours-Salies et M. Vakaloulis (dir), *Nouvelles luttes des classes*, PUF, 2006.
- Olivier De Sardan J.P., « La politique du terrain. Sur la production des données en anthropologie », *Enquête*, 1, 1995 : 99.
- Paperman P., et S. Laugier S (dir)., *Le souci des autres. Éthique et politique du care*, 2006, éd. de l'EHESS.
- Peneff J., *La France malade de ses médecins*, Les empêcheurs de penser en rond, 2005.
- Saillant F., « les soins en péril : entre nécessité et l'exclusion, *recherches féministes*, n°1, 1991, pp. 11-19.
- Sciences Sociales et Santé*, vol 24, n°2, juin 2006.

Van Dormael M, Identités professionnelles en médecin générale et en soins de santé primaire, In Hours (dir), Systèmes et politiques de santé. De la santé publique à l'anthropologie, paris, Kharthala, 2001 : 117-136.

Vega A., *Rapports professionnels et type de clientèle : médecins libéraux et salariés*, DRESS, série Études, 2005, N°51 (condensé dans : « Perceptions du travail et identité professionnelle : médecins salariés-médecins libéraux, même combat ? », Ministère de la santé et des solidarités, *Dossiers solidarité et santé* n°1-2007, mars 2007). *Dynamique des savoirs savants et profanes dans les réseaux de soins*, rapport scientifique, Fondation Fyssen (2002-2003).

« Les souffrances des soignants aujourd'hui », in *Médecine et sciences humaines. Manuel pour les études médicales*, Editions Les Belles Lettres, 2007.

Annexe

Présentation de l'équipe

Responsable du projet :

Anne Vega, 13 rue de la futaie, 91090 Lisses, tel : 01 60 86 12 89, e-mail : anne.vega@wanadoo.fr

- Anne Vega, Docteur en Anthropologie sociale et Ethnologie – EHESS Paris, chercheur associé au Centre d'Ethnologie Française (Paris). Thèse de doctorat centrée sur le travail des infirmières hospitalières françaises. Participation et co-direction de quatre recherches collectives : "Hôpitaux en mouvement", convention de partenariat AP-HP et M.N.A.T.P, 1998-1999 (Resp. : M.C Pouchelle CNRS) : entretiens auprès des personnels hospitaliers de l'hôpital Broussais. « Étude qualitative des interactions professionnelles dans les réseaux de soins informels », ANAES (avec Matthieu Lustman, Resp : A. Desclaux, maître de conférence LEHA Aix-Marseille) : observation directe de la pratique de 10 médecins généralistes. « Rapports professionnels et types de clientèles : médecins libéraux et salariés », 2003, convention ministère de l'Emploi, du travail et de la cohésion sociale et EHESS (Resp : J.P Dozon, EHESS-Paris) : post-enquête de l'étude sur les conditions et organisation du travail fondée sur l'analyse comparée d'entretiens conduits auprès de 15 médecins d'orientation dite "généraliste" (sur toute la France), et portant sur leurs perceptions des différents types d'exercices.

- Matthieu Lustman¹⁹⁰, médecin généraliste à temps partiel dans un centre de santé (Montreuil), Docteur en médecine – Broussais-Hôtel Dieu, Paris VI (« Évolution des relations médecins/malades »), sociologue associé au Centre d'Études et de Recherches sur les Liens Sociaux (Paris). D.U. de journalisme médical (Cochin), d'économie de la santé (Necker, Paris IV), d'urgences (Necker, Paris IV) et d'éthique (Créteil). « L'évaluation des stratégies de prise en charge des suicidants », 2001-2003, ANAES, INSERM, Laboratoires Lundbeck. Thèse en cours (Université René Descartes, Paris IV): « Évolution de la médecine générale de 1970 à nos jours ». Chargé de séminaires : université Paris VI, université Catholique de Lille.

- Isabelle Bourgeois¹⁹¹, (i.hemery-bourgeois@cso.cnrs.fr), sociologue (DEA de Sociologie de l'action organisée, Institut d'Études Politiques de Paris, 1996). Thèse en voie d'achèvement au Centre de Sociologie des Organisations (FNRS-CNRS) : « Le médecin généraliste dans le travail médical de premier recours : entre dynamiques locales et logiques de clientèle ». Enseignante à HEC, à l'École supérieure de commerce de Rouen, à l'université Paris Sud (Master de Santé Publique) et Paris XIII (Maîtrise des Sciences Sanitaires et Sociales). Encadrement d'étudiants (réseaux de soins, hôpital local, prise en charge des personnes alcool-dépendantes). Enquêtes collectives : « La Crise de la représentation et de la régulation de la profession médicale » (Dir . F. Pavé, Caisse Nationale d'Assurance Maladie, 2004); « Les recommandations à l'aune de la pratique. Le cas de l'asthme et du dépistage du cancer du sein » (Dir. P. Urfalino, EHESS-Union Régionale des Médecins Libéraux de la région Poitou-Charente, 2001).

- Catherine Le-Grand Sébille, anthropologue, enseignant-chercheur (Faculté de Médecine Henri Warembourg - Lille II), Professeur associé à l'Espace Éthique de l'AP-HP, et responsable du séminaire universitaire « Anthropologie de la douleur et de la maladie », Membre du Conseil national d'éthique du funéraire, du conseil scientifique de l'Observatoire éthique et soins hospitaliers de l'AP-HP, associé du programme de recherches internationales : *Rites et représentations de l'hospitalité*, Université Blaise Pascal à Clermont-Ferrand et Institut universitaire de France. Co-directrice du projet « Pour une autre mémoire de la canicule » avec A. Vega, paru chez Vuibert en 2005.

¹⁹⁰ Participation à la réalisation des entretiens et aux réunions avec la DREES.

¹⁹¹ Participation à l'avant projet (premier rapport) et au rapport final.

- Lucienne Carpot, docteur en anthropologie (EHESS) et Muriel Pissavy¹⁹² ingénieur d'étude spécialisée sur la médecine: équipe supplétive.

Structure administrative à laquelle est rattaché le responsable

-> **EHESS, établissement public à caractère scientifique, culturel et professionnel**, 54 bd Raspail, 75006 Paris (convention d'étude), sous la responsabilité scientifique de M. Michel Agier, directeur d'étude (Michel.Agier@ehess. fr), et sous l'administration de Sophie Vigneron (Vigneron@ehess.fr) tel : 01 49 54 25 15.

¹⁹² Participation à la réalisation des entretiens.