

Les conditions de travail des médecins généralistes libéraux renvoient à des aspects très divers de leur pratique : emploi du temps, rythme de travail, organisation du cabinet, etc., qu'il s'agisse d'éléments objectifs ou de ressentis plus subjectifs. Elles font aussi écho à l'état de santé physique et psychique de ces professionnels, souvent intimement lié à leur exercice qui les confronte régulièrement à des situations difficiles. La présente fiche propose une synthèse des études récentes sur le sujet, principalement celles issues des Panels d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale (encadré 1).

### 50 heures ou plus de travail hebdomadaire pour la plupart des médecins généralistes

Les médecins généralistes interrogés en 2011 lors du second Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale (encadré 1) déclarent travailler en moyenne 57 heures par semaine<sup>1</sup>, en comptant toutes leurs activités professionnelles (Jakoubovitch *et al.*, 2012). 78 % travaillent 50 heures ou plus. Cette durée du travail est restée relativement stable par rapport à celle déclarée par les médecins généralistes interrogés cinq ans plus tôt dans le cadre du premier Panel (Aulagnier *et al.*, 2007), mais aussi par rapport aux estimations fournies par l'enquête Emploi de l'INSEE de 1990 à 2004 (Breuil-Genier et Sicart, 2005), signe que la profession ne semble pas avoir participé au mouvement de réduction du temps de travail observé pour la majorité des salariés.

Cette durée hebdomadaire moyenne de travail varie selon le lieu d'exercice : elle s'élève en 2011 à 60 heures en moyenne en zone rurale, contre 56 heures en zone urbaine. Elle est en revanche

moins élevée pour les médecins femmes (53 heures contre 59 heures pour les hommes) [encadré 2] et les praticiens de 45 ans ou moins (55 heures contre 58 heures pour les 45 ans ou plus). Elle est également un peu moins élevée pour les médecins exerçant en groupe (56 heures).

L'intensité de la charge doit également être évaluée au regard du nombre de semaines de congés : les médecins du second panel déclarent avoir pris 5,3 semaines de vacances en 2010, une durée moyenne elle aussi stable dans le temps (Le Fur, 2009). Elle est cependant plus élevée pour les médecins en couple (5,4 contre 4,4 pour les autres médecins), et encore davantage pour ceux installés en groupe (5,7 contre 4,8 pour ceux exerçant seuls).

### Des consultations qui s'entrecroisent avec de multiples activités liées aux soins et aux tâches de gestion

Les consultations et les visites au domicile des patients constituent le cœur de l'activité du médecin généraliste. En 2013, il en a effectué en moyenne 4 600, dont 10 % seulement correspondent à des visites, une part qui est en forte diminution depuis une dizaine d'années<sup>2</sup> (encadré 3). Les médecins interrogés en 2011 dans le cadre du Panel (encadré 1) déclarent une durée moyenne de consultation au cabinet d'un peu moins de 18 minutes. Cette durée est cependant très dispersée selon les médecins : si la moitié déclare un temps de 15 minutes, près d'un tiers disent être autour de 20 minutes. Une enquête réalisée en 2002 par la DREES montrait que les variations de la durée d'une consultation sont attribuables pour les deux tiers aux disparités observées au sein de la patientèle d'un même médecin (âge, types de pathologies, profil socio-économique)

1. La « semaine de référence » choisie pour répondre à cette question correspond à la semaine précédant l'enquête dans la majorité des cas ; autrement, les médecins ont été invités à s'exprimer par rapport à une semaine dite « ordinaire ».

2. Source : Système national d'information interrégimes de l'Assurance maladie (SNIIRAM). La part des visites dans l'activité des médecins généralistes était de 14 % en 2005.

et pour un tiers à la variation des pratiques d'un généraliste à l'autre (Breuil-Genier et Goffette, 2006). Notamment, les femmes (encadré 2) ou encore les praticiens en secteur 2 déclarent effectuer des consultations plus longues que la moyenne.

En combinant les informations relatives au nombre d'actes effectués en moyenne chaque année et à la durée de consultation, on peut estimer que les médecins généralistes passent en moyenne 33 heures par semaine au contact des patients de leur cabinet. Cette durée s'entrecroise cependant tout au long de la semaine avec d'autres types d'activités

effectuées à l'intérieur du cabinet, en particulier :

- l'encadrement d'étudiants en médecine, cité par près d'un médecin sur cinq. Cette activité est plus fréquente parmi ceux exerçant en groupe (24 % contre 13 %);
- la formation : les médecins y consacrent en moyenne 13 demi-journées par an. On peut y ajouter aussi le temps passé à la lecture de journaux ou d'articles médicaux (en moyenne 2 heures par semaine);
- l'accueil des visiteurs médicaux concerne trois médecins sur quatre, et représente en moyenne pour ces médecins 36 minutes de temps hebdomadaire;

### Encadré 1 Les Panels d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale

Depuis bientôt dix ans, la DREES, en collaboration avec les ORS et les URPS-ML de différentes régions, met en place des enquêtes régulières auprès de panels de médecins généralistes libéraux, dont l'objectif principal est d'observer le cadre d'activité, l'environnement professionnel et les rythmes de travail de ces praticiens, ainsi que d'appréhender leurs pratiques de prise en charge et leurs déterminants.

Le **premier panel** (ou « panel cinq régions ») auquel a participé la DREES a été réalisé durant la période 2007-2009, avec le concours de la FNORS, les ORS, les URML-PS et les URCAM de cinq régions<sup>1</sup> : Basse-Normandie, Bourgogne, Bretagne, Provence – Alpes – Côte d'Azur, Pays de la Loire. Il était constitué de 1 900 médecins généralistes exerçant dans ces cinq régions. À raison d'une vague d'enquête par semestre pendant trois ans, ces médecins ont notamment été interrogés sur leur temps de travail et leur satisfaction au travail, sur leurs réseaux professionnels, sur leur opinion vis-à-vis de leur mode de rémunération ou encore sur leur état de santé.

Le **deuxième panel** a été mis en place par la DREES en collaboration avec les ORS et les URPS-ML de trois régions (PACA, Pays de la Loire, Bourgogne) au cours de la période 2010-2012. Ce panel inclut cette fois un échantillon représentatif au niveau national de 1 250 médecins, auquel s'ajoutent trois suréchantillons représentatifs des trois régions partenaires (1 000 médecins environ). Les cinq vagues d'enquêtes ont notamment porté sur les pratiques de vaccination, l'organisation du cabinet et l'emploi du temps des médecins, la prise en charge de la dépression mais aussi celle des personnes âgées dépendantes, ou encore sur l'opinion des médecins face à la coopération avec les infirmiers.

Le **troisième panel** a débuté en 2013 et doit se poursuivre jusqu'en 2017. Les trois régions partenaires impliquées sont les Pays de la Loire, PACA, ainsi que Poitou-Charentes. Comme pour le deuxième panel, il est composé d'un échantillon national (environ 1 500 médecins) et de trois suréchantillons régionaux. Les thématiques abordées portent sur un certain nombre de pratiques de prise en charge : vaccination (vague 1), suivis gynécologiques et de grossesse (vague 2), patients atteints d'un cancer (vague 3) ou de polyopathologies chroniques (vague 4), patients « précaires » (vague 5).

Un **quatrième panel** est cours de préparation, il devrait débiter en 2017.

1. Les régions évoquées tout au long de cette fiche font référence aux « anciennes » régions, c'est-à-dire celles correspondant au découpage territorial prévalant avant la loi portant sur la Nouvelle organisation territoriale de la République (NOTRe) du 7 août 2015.

• la permanence des soins : six médecins sur dix y sont impliqués, bien que la participation aux gardes n'ait aujourd'hui plus de caractère obligatoire.

À ces activités liées au soin s'ajoutent également les tâches de gestion et de secrétariat, qui pèsent relativement lourd dans le temps passé au cabinet (4 heures en moyenne par semaine) et sont souvent peu planifiées (Micheau et Molière, 2010). Si disposer d'un secrétariat est très fréquent pour les généralistes exerçant en groupe (76 %), ce n'est le cas que d'un tiers de ceux qui exercent seuls, les autres devant assurer eux-mêmes les tâches d'accueil et de prises de rendez-vous. En 2011, près d'un quart s'occupaient eux-mêmes de leur comptabilité. On peut enfin signaler qu'un médecin sur sept (14 %) déclare effectuer lui-même l'entretien des sols des locaux, une charge non négligeable puisque environ 80 minutes par semaine y sont alors consacrées. Cette activité est plus souvent sous-traitée lorsque les médecins exercent en groupe ou ont un volume d'activité important.

Mais le cabinet n'est pas le seul lieu d'exercice. En sus de leurs activités au cabinet et de celles exercées dans le cadre de la permanence des soins, 30 % des médecins déclarent des activités de soins, de coordination ou d'expertise dans une structure telle qu'un établissement de santé (14 %), une maison de retraite en tant que médecin coordonnateur (8 %),

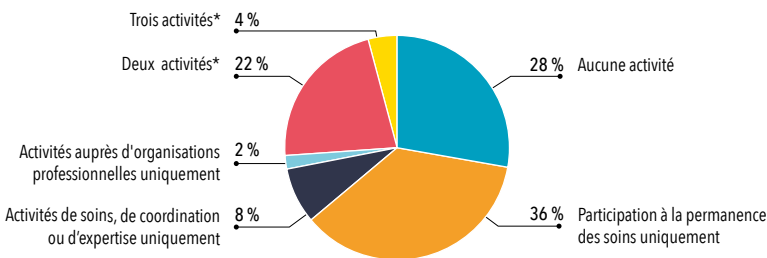
une crèche (4 %), ou encore auprès d'organisations professionnelles<sup>3</sup> (11 %). Un quart des médecins cumulent d'ailleurs au moins deux de ces activités (graphique).

Ces éléments soulignent au total la diversité des formes d'emploi du temps des médecins généralistes. Les entretiens sociologiques menés auprès d'une cinquantaine de médecins libéraux, dont 22 médecins généralistes, ont montré aussi qu'il existe une forte saisonnalité dans ces emplois du temps (Micheau et Molière, 2010). Cette saisonnalité se retrouve déjà au cours de la semaine, le lundi étant en général le jour le plus chargé en raison des urgences du week-end. Il existe également une saisonnalité épidémiologique : les périodes d'hiver, avec leurs lots d'affections, font sensiblement varier le nombre d'heures de travail. Travailler en soirée reste par ailleurs relativement fréquent pour ces praticiens, puisque nombre d'emplois du temps étudiés dans cette enquête font apparaître des journées de travail qui se terminent au-delà de 20 heures.

### Quelle opinion ont les médecins généralistes de leur temps de travail ?

Face à un emploi du temps qui apparaît chargé, 42 % des généralistes interrogés en 2011 considéraient « avoir travaillé autant qu'ils le souhaitaient et avoir choisi l'emploi du temps qui leur convenait ».

### Graphique Répartition des médecins généralistes selon leurs activités professionnelles en dehors du cabinet



\* Parmi les trois suivantes : « permanence des soins », « activités de soins, de coordination ou d'expertise », « activités auprès d'organisations professionnelles ».

**Champ** > Médecins généralistes de l'échantillon national, données pondérées.

**Sources** > DREES, URPS, ORS, Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine de ville (janvier-mars 2011).

3. URPS, conseil de l'Ordre, syndicats, sociétés savantes...

Une proportion similaire de praticiens répond cependant « qu'ils auraient souhaité travailler moins, mais qu'il n'y a personne pour les suppléer ou les remplacer en leur absence ». Enfin, 15 % retiennent

la proposition « qu'ils auraient souhaité travailler moins, mais qu'ils ne le peuvent pas pour des raisons financières ». Seuls 1 % des médecins « auraient souhaité travailler davantage ».

### Encadré 2 Un « effet genre » très marqué portant sur plusieurs aspects des conditions de travail

La profession médicale s'est fortement féminisée ces dernières années. Les femmes représentent 44 % des médecins généralistes en 2015 d'après le répertoire partagé des professionnels de santé (RPPS) [voir la fiche 1].

#### Une durée de travail hebdomadaire plus faible pour les femmes, mais des durées de consultation plus longues

Les femmes interrogées dans le cadre du second panel de médecins généralistes (encadré 1) déclarent en moyenne une durée d'activité hebdomadaire 10 % inférieure à celle des hommes. Cet écart de 10 % est confirmé lorsque l'on raisonne « toutes choses égales par ailleurs », en particulier à âge égal. Les femmes consultent notamment moins systématiquement que leurs confrères hommes le samedi matin (32 % des femmes travaillent tous les samedis, contre 48 % des hommes). Le nombre de congés annuels déclarés est en revanche très proche.

Les écarts en termes de volume d'activité sont encore plus prononcés entre hommes et femmes : ces dernières effectuent en moyenne 24 % de consultations et visites en moins que leurs collègues masculins par an. On voit que l'importance de cet écart ne reflète pas les différences de durée de travail hebdomadaire déclarée, une situation qui s'explique en partie par une durée de consultation des femmes supérieure à celle des hommes (19 minutes contre 17 minutes pour les hommes). Le fait que les médecins femmes gardent en moyenne leurs patients plus longtemps en consultation avait déjà été mis en évidence dans une enquête de 2002 de la DREES, un résultat qui se retrouve également à l'étranger (Breuil-Genier et Goffette, 2006).

La durée consacrée aux tâches de gestion du cabinet n'est pas significativement différente entre les femmes et les hommes. En revanche, les femmes s'occupent plus couramment que leurs confrères masculins de l'entretien des locaux (19 % versus 12 % des hommes).

#### Des différences vis-à-vis des activités hors cabinet

La moitié des femmes déclarent participer aux gardes, une proportion cependant moindre que celle que l'on observe pour leurs confrères masculins (64 %). Elles sont également moins nombreuses à déclarer exercer une activité de soins, de coordination ou d'expertise dans une structure extérieure à leur cabinet (24 % contre 33 % pour leurs confrères masculins). En revanche, elles s'investissent dans une organisation professionnelle dans une proportion comparable à celle des hommes (11 %).

#### Des femmes plus souvent confrontées aux violences verbales ou physiques

Les femmes médecins interrogées en 2008 dans le cadre du premier panel de médecins généralistes DREES-ORS-URPS-ML sont plus nombreuses que les hommes à déclarer avoir subi des violences ou agressions au cours des douze derniers mois dans le cadre de leur activité professionnelle (24 % contre 18 % pour les hommes) [Desprès *et al.*, 2010]. Cette différence est notamment très marquée parmi les généralistes plus âgés (55 ans ou plus). Elle n'est cependant pas propre aux médecins généralistes : on retrouve également ce phénomène de surexposition des femmes aux violences physiques et psychologiques par rapport aux hommes chez les cadres travaillant au contact du public (d'après les enquêtes Sumer de la Direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques).

De façon sans doute liée, les femmes médecins généralistes sont plus fréquemment en détresse psychologique que les hommes (19 % contre 10 %), un écart qui se retrouve là aussi dans l'ensemble de la population générale d'après l'enquête Handicap-Santé-Ménages de 2008 (DREES-INSEE).

### Encadré 3 Une pratique des visites à domicile très liée aux caractéristiques du médecin et de son environnement

La part des visites à domicile représente 10 % de l'ensemble des consultations, une moyenne qui masque cependant d'importantes disparités selon les médecins (tableau ci-dessous). Une analyse effectuée à partir des informations contenues dans l'appariement INSEE-CNAMTS-DGFIP de 2011 (voir la fiche 7) indique que 8 % des médecins généralistes n'effectuent aucune visite dans l'année. De façon plus large, un médecin sur cinq consacre moins de 2 % de ses consultations aux visites. À l'inverse, les visites à domicile représentent plus de 20 % de leurs consultations pour 14 % des médecins.

Le poids des visites dans la pratique du médecin semble extrêmement lié à ses caractéristiques personnelles et professionnelles. Ainsi, les médecins effectuant peu de visites (moins de 2 % de leurs consultations) se caractérisent par une très forte proportion de femmes (47 % contre 29 % pour l'ensemble des médecins) [tableau 1]. Ils sont plus jeunes que la moyenne (36 % ont moins de 50 ans, contre 32 % de l'ensemble), et exercent nettement plus souvent au sein d'un grand pôle urbain (85 % *versus* 67 %). Ils ont une activité plus faible que la moyenne des généralistes. Enfin, ils se caractérisent par une forte proportion de médecins ayant déclaré un mode d'exercice particulier (MEP) à l'Assurance maladie (35 % *versus* 12 %) et de médecins conventionnés en secteur 2 (voir la fiche 7) [27 % *versus* 10 %].

Les tendances sont opposées concernant les médecins effectuant un nombre important de visites (plus de 20 % de leur activité de consultations) : plus âgés que la moyenne, les femmes y sont très minoritaires (12 %), de même que les praticiens en secteur 2. On les retrouve moins souvent dans les grands pôles urbains (64 %). En revanche, leur niveau d'activité n'est pas très différent de celui de l'ensemble des généralistes. Par ailleurs, ils comptent une part significativement plus élevée de personnes âgées de 65 ans ou plus dans leur patientèle que la moyenne (25 % *versus* 19 %) : la prise en charge souvent complexe de ces patients nécessite en effet plus fréquemment des visites à domicile (Buyck *et al.*, 2014).

#### Caractéristiques des médecins généralistes selon la pratique des visites à domicile

En %

	Part des visites dans les consultations		Ensemble des généralistes
	moins de 2 %	plus de 20 %	
Proportion des généralistes correspondants	20	14	100
Part des moins de 50 ans	36	25	32
Part de femmes	47	12	29
Part de ceux exerçant dans un grand pôle urbain*	85	64	67
Part des généralistes dont le volume d'actes est...			
... élevé**	16	24	25
... faible**	46	28	25
Part de la patientèle âgée de 65 ans ou plus	17	25	19
Part des MEP***	35	10	12
Part des généralistes en secteur 2	27	4	10

\* Grand pôle urbain : unité urbaine offrant au moins 10 000 emplois, qui n'est pas située dans la couronne d'un autre pôle urbain (selon la définition INSEE).

\*\* Volume d'acte élevé (resp. faible) : supérieur au dernier quartile (resp. inférieur au premier quartile) du nombre d'actes de l'ensemble des généralistes du champ.

\*\*\* MEP : Mode d'exercice particulier. Il s'agit des généralistes ayant déclaré certaines pratiques à l'Assurance maladie (homéopathie, acupuncture, etc.).

**Champ** > Ensemble des médecins généralistes ayant déclaré plus d'un euro d'honoraire en 2011, France métropolitaine

**Source** > INSEE-CNAMTS-DGFIP, 2011, exploitations DREES.

La durée du travail hebdomadaire, lorsqu'elle est longue, entraîne une certaine insatisfaction, excepté cependant pour les plus gros travailleurs, signe que les durées de travail extrêmes le sont aussi de façon choisie pour de nombreux médecins (Aulagnier *et al.*, 2007). Il est d'ailleurs notable que la diversité des activités au cours de la semaine, si elle entraîne une certaine dose de suractivité, produit aussi des respirations (Micheau et Molière, 2010). Le temps professionnel qui n'est pas consacré aux patients offre ainsi des changements décrits comme salutaires par les médecins, évitant à la routine de s'installer.

Par ailleurs, la notion de « travailler trop » recouvre divers aspects. Elle peut montrer qu'au-delà de la charge objective de travail, c'est un certain nombre de situations ou de perceptions qui constituent le trop-plein : confrontation aux difficultés du corps social (précarité, détresse des patients...), charge administrative trop lourde, stress, trop peu de vie familiale (Micheau et Molière, 2010)... L'évaluation subjective de la charge de travail est aussi directement liée à la perception du praticien sur le fait d'être ou non justement rétribué pour le temps qu'il consent. Outre la rémunération, une grande part de la gratification provient des signes de reconnaissance renvoyés par l'attitude des patients. La confiance des médecins en eux-mêmes peut aussi être souvent remise en cause par les comportements des patients incorrects ou désinvoltes, qui seraient de plus en plus répandus : rendez-vous fixés non tenus, demandes de consultations par téléphone, doutes sur le diagnostic donné (Micheau et Molière, 2010)...

La charge de travail, qu'elle soit objective ou ressentie, semble dans tous les cas déterminante sur certains choix d'organisation de la pratique. L'opinion des médecins a notamment été recueillie récemment sur leur disposition à coopérer avec un infirmier sur une ou plusieurs tâches (interrogation et éducation des patients, surveillance, actes

techniques spécifiques comme les frottis, etc.). Si l'accueil de cette idée ne soulève pas encore l'enthousiasme (un tiers des médecins interrogés seulement se disaient favorables à ce type de délégation), il ressort en revanche que les médecins y sont d'autant plus favorables que leur volume d'actes est élevé (Massin *et al.*, 2012). À niveau d'activité équivalent, c'est aussi le ressenti du médecin qui joue sur son appétence pour la délégation d'actes : les médecins exprimant le souhait de travailler moins, mais pour qui « c'est impossible faute de remplacement disponible », sont ainsi plus favorables à la coopération avec un infirmier que leurs confrères (Agamaliyev *et al.*, à paraître).

### Des confrontations fréquentes aux violences physiques ou psychologiques

En 2007, huit médecins généralistes sur dix se déclarent en « bonne » ou « très bonne » santé, une proportion plus élevée que pour l'ensemble des individus actifs, bien qu'elle soit plus réduite que celle que l'on observe dans la population des cadres et professions intellectuelles supérieures<sup>4</sup> (Desprès *et al.*, 2010). Quant à la santé psychique, les médecins sont moins nombreux que l'ensemble de la population active à se déclarer en situation de détresse psychologique, sauf avant 45 ans où les femmes sont un peu plus souvent dans cette situation (encadré 2). Leur recours aux psychotropes est relativement proche de celui de la population générale. Pourtant, la profession reste relativement exposée à certains risques psychosociaux, comme c'est le cas des personnels soignants à l'hôpital (voir la fiche 17). Ils indiquent en particulier être souvent confrontés à des violences physiques ou psychologiques : près d'un sur cinq déclare ainsi avoir subi des violences ou agressions dans le cadre de son activité professionnelle au cours des douze derniers mois précédant l'enquête, une proportion qui rejoint celle évoquée par les cadres travaillant en contact avec le public<sup>5</sup>. ■

4. Il est possible que, compte tenu de leur profession, les médecins généralistes envisagent la notion d'« état de santé global » de façon différente des actifs de même niveau de diplôme. En effet, le résultat est opposé lorsque l'on s'intéresse à une mesure objective de l'état de santé : les médecins indiquent par exemple souffrir moins fréquemment de maladies chroniques que les autres actifs de même niveau de diplôme.

5. D'après les résultats de l'enquête Sumer de la Direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques (DARES), cités par Desprès *et al.* (2010).

### Pour en savoir plus

- > **Agamaliyev E., Mikol F., Prost T.**, 2016, « Les déterminants de l'opinion des médecins généralistes sur la délégation de tâches vers les infirmiers de leur cabinet », *Revue française des affaires sociales*, juin.
- > **Aulagnier M., Obadia Y., Paraponaris A., Saliba-Berre B., Ventelou B., Verger P., Guillaumat-Tailliet F.**, 2007, « L'exercice de la médecine générale libérale : premiers résultats d'un panel dans cinq régions françaises », *Études et Résultats*, DREES, n° 610, novembre.
- > **Bournot M.-C., Goupil M.-C., Tuffreau F.**, 2008, « Les médecins généralistes : un réseau professionnel étendu et varié », *Études et Résultats*, DREES, n° 649, août.
- > **Breuil-Genier P., Sicart D.**, 2005, « La situation professionnelle des conjoints de médecins », *Études et Résultats*, DREES, n° 430, septembre.
- > **Breuil-Genier P., Goffette C.**, 2006, « La durée des séances des médecins généralistes », *Études et Résultats*, DREES, n° 481, avril.
- > **Buyck, J.-F., Casteran-Sacreste B., Cavillon M., Lelièvre F., Tuffreau F., Mikol F.**, 2014, « La prise en charge en médecine générale des personnes âgées dépendantes vivant à domicile », *Études et Résultats*, DREES, n° 869, février.
- > **Desprès P., Grimbert I., Lemery B., Bonnet C., Aubry C., Colin C.**, 2010, « Santé physique et psychique des médecins généralistes », *Études et Résultats*, DREES, n° 731, juin.
- > **Jakobovitch S., Bournot M.-C., Cercier E., Tuffreau F.**, 2012, « Les emplois du temps des médecins généralistes », *Études et Résultats*, DREES, n° 797, mars.
- > **Le Fur P.**, en collaboration avec Bourgueil Y., Cases C., 2009, « Le temps de travail des médecins généralistes, une synthèse des données disponibles », *Questions d'économie de la santé*, IRDES, n° 144, juillet.
- > **Massin S., Paraponaris A., Bernhard M., Verger P., Cavillon M., Mikol F., Ventelou B.**, 2014, « Les médecins généralistes face au paiement à la performance et à la coopération avec les infirmiers », *Études et Résultats*, DREES, n° 873, février.
- > **Micheau J., Molière E.**, 2010, « L'emploi du temps des médecins libéraux : diversité objective et écarts de perception des temps de travail », *Dossiers solidarité santé*, DREES, n° 15, mai.
- > « Le métier de médecin » (ouvrage collectif), 2011, *Revue française des affaires sociales*, 12/2011, volume 2-3.