

DOSSIERS solidarité et *santé*

Cessation d'activité libérale des médecins généralistes : motivations et stratégies

N° 6
2008



MINISTÈRE DU TRAVAIL,
DES RELATIONS SOCIALES,
DE LA FAMILLE
ET DE LA SOLIDARITÉ

MINISTÈRE DE LA SANTÉ,
DE LA JEUNESSE,
DES SPORTS
ET DE LA VIE ASSOCIATIVE

MINISTÈRE DU BUDGET,
DES COMPTES PUBLICS
ET DE LA
FONCTION PUBLIQUE

Ce travail sociologique et anthropologique sur les comportements de cessation de l'activité libérale des médecins généralistes met en évidence des registres de motivations différents, générateurs de stratégies offensives et défensives à différents âges de la vie professionnelle, et jouant selon des mécanismes de prise de décision personnels. L'analyse des facteurs déterminants permet également d'identifier des groupes de praticiens aux profils individuels variés, au regard des notions clés d'épanouissement au travail ou au contraire d'épuisement professionnel. La diversité des comportements face à la cessation de l'activité libérale, la multiplicité des facteurs objectifs et subjectifs de cessation et la complexité des mécanismes de décision remettent donc en question l'efficacité de mesures uniformes et générales ; elles invitent plutôt à la mise en œuvre de mesures multiples de nature organisationnelle, professionnelle, financière et symbolique.

Anne VÉGA*, Marie-hélène CABÉ** et Olivier BLANDIN***

* Socio-anthropologue de la santé (conventions EHESS-DREES)

** Sociologue spécialisée dans le domaine de la santé, enseignante à l'université de Marne-la-Vallée, directrice du cabinet Intermezzo

*** Économiste du travail, maître de conférence associé à l'université Paris-Diderot, associé fondateur du laboratoire d'intervention et de recherche privé ATEMIS.

Au cours des dix dernières années, beaucoup d'études ont été consacrées aux évolutions sociodémographiques des professionnels de santé¹, en particulier à celles des médecins. Ces analyses mettent clairement en évidence un vieillissement des médecins libéraux en exercice, des flux de départs à la retraite conséquents et inéluctables à l'horizon 2015 et des flux d'entrée insuffisants pour assurer le renouvellement à l'identique de l'offre de soins. Cette situation anticipée pose la question de l'accès aux soins et celle de la qualité des soins dispensés. Par ailleurs, bon nombre d'observateurs font état d'une grande désillusion des médecins libéraux qui conduit ces médecins à s'interroger fortement sur l'identité même de leur métier sur fond de crise globale des professions de santé, aujourd'hui finalement plus profonde que les revendications financières².

Dans ce contexte, la DREES a confié à deux équipes de chercheurs³ aux approches qualitatives complémentaires la réalisation d'une étude auprès de médecins généralistes libéraux ayant récemment cessé leur activité libérale ou en âge d'y songer (encadré 1). Cette étude vise à identifier les principaux facteurs déterminant la cessation ou la poursuite de l'activité ainsi qu'à recueillir les opinions des médecins sur les mesures vouées à influencer sur leur choix. L'objectif est de disposer d'une lecture pertinente de ce fait social et d'éclairer les décideurs sur les actions à conduire dans ce domaine.

À partir des principaux résultats obtenus, cet article met en évidence la multiplicité des facteurs et la complexité des processus à l'œuvre dans la décision de renoncer à une activité libérale. Une première partie expose les facteurs dominants repérés à travers le discours des professionnels, ainsi que les mécanismes généraux conduisant à la prise de décision. En effet, celle-ci peut résulter d'un processus progressif ou se déclencher subitement, notamment dans le cas où un événement marquant survient dans la vie personnelle ou professionnelle. Une deuxième partie met en exergue les risques de la pratique de la médecine générale ainsi que les mesures prises par les médecins afin de s'en garantir. Enfin, une partie conclusive insiste sur la nécessaire pluralité des réponses à apporter pour agir sur la cessation

d'activité libérale des généralistes. Cette problématique ne saurait être dissociée des questions de l'accès aux soins et de leur qualité sur l'ensemble du territoire, enjeux majeurs des années à venir.

La cessation d'activité libérale : une décision très personnelle

Interroger des professionnels sur les motivations de leur choix est un exercice à la fois fructueux et difficile qui nécessite de repérer, à travers les discours, les facteurs ayant joué un rôle véritablement déterminant et de comprendre la façon dont ils sont intervenus. L'hypothèse est que les médecins construisent un discours mêlant étroitement les différents facteurs, sans mettre en évidence le caractère temporel de la cessation et sans avoir réellement conscience d'élaborer une quelconque stratégie.

Par ailleurs, les facteurs évoqués par les médecins n'interviennent ni mécaniquement ni unilatéralement. Un même facteur explicatif ou une même motivation n'entraînent pas forcément la même décision ; celle-ci dépend du médecin, de son profil ou de sa propre histoire. En bref, chaque décision est une affaire personnelle.

L'étude a permis d'identifier quatre registres de motivations : le décalage progressif entre la vision du métier et les conditions réelles d'exercice, l'attraction vers une seconde carrière plus en accord avec les aspirations professionnelles et personnelles ainsi que les opportunités de seconde carrière se présentant, le rééquilibrage entre la vie professionnelle et la vie personnelle en faveur de cette dernière, souvent suite à des événements personnels ou à la pression des proches et enfin, un rapport dégradé à l'environnement institutionnel, l'absence de reconnaissance et le sentiment de perte du rôle social.

Le décalage progressif entre la vision du métier et les conditions réelles d'exercice

Au fil des ans, apparaît un décalage entre les réalités du métier exercé et les aspirations professionnelles. Le métier ne peut plus être exercé

1. En particulier les travaux de l'Observatoire national de la démographie des professions de santé (ONDPS), de l'IRDES et de la DREES, du Conseil national de l'ordre des médecins ou encore les rapports qui font référence tels que le rapport Berland de novembre 2002.

2. Sous la direction de De Kervasdoué J., Robelet M., 2003.

3. Cabé M.-H., Blandin O., 2008, « Cessation d'activité des médecins généralistes libéraux - tome II », Document de travail, série Études et Recherche, DREES, n° 77, avril.
Véga A., 2007, « Les comportements de cessation d'activité des médecins généralistes libéraux - tome I », Document de travail, série Études et Recherche, DREES, n° 73, décembre.

comme ces médecins le conçoivent : « dans les règles de l'art ». Ils sont perturbés dans leurs pratiques, mais aussi dans leurs relations avec les pairs et la patientèle. L'idéal professionnel des médecins est mis à mal de par leur vécu, ce qui provoque une souffrance psychique.

Les médecins ressentant ce décalage présentent une caractéristique marquée : leur activité professionnelle est particulièrement contraignante, leurs conditions d'exercice assez difficiles (temps de travail conséquent, fréquentes astreintes et gardes, territoire d'intervention étendu, multiples activités, fort engagement auprès de la patientèle) et leurs valeurs professionnelles très fortes.

Chez eux se développe un **sentiment de perte du métier** qui se traduit, par exemple, par la mise en opposition d'un passé idéalisé et d'une vision pessimiste de l'avenir, et s'accompagne de l'impression de ne plus appartenir au même groupe professionnel que leurs confrères plus jeunes.

Par ailleurs, ces médecins évoquent les difficultés engendrées par le statut libéral qui rendent, selon eux, l'exercice du métier de plus en plus compliqué. Ils soulignent notamment la dépendance entre le volume d'activité à assurer et le niveau de revenu, la délicate maîtrise de la charge de travail sur certains territoires où la demande de soins est particulièrement forte et

la difficulté de cumuler une retraite et un faible volume d'activité (correspondant à des remplacements occasionnels, par exemple). Pour certains médecins, il semble en effet difficile de résoudre l'équation entre la charge d'activité à assurer et le revenu nécessaire pour maintenir un niveau de vie jugé suffisant. Le prix à payer pour atteindre l'équilibre est trop élevé (sacrifices personnels et renoncement à l'idéal professionnel) et ce, même si d'aucuns avaient, des années plus tôt, mis en place des **stratégies de contournement** en s'orientant, par exemple, vers des médecines parallèles ou en passant au secteur 2 lorsque cela leur était possible. Des éléments exogènes comme l'augmentation ou la diminution de la concurrence peuvent aggraver les termes de l'équation. En outre, cette situation est perçue avec une acuité plus importante au fil des ans, la représentation que ces médecins se font des dernières années de la vie professionnelle étant sombre. Ils ont l'impression qu'avec l'âge, le maintien du volume d'activité, donc de leur revenu, sera encore plus difficile à garantir.

Or, dans un métier où la propension à l'autonomie au travail et l'aspiration à l'individualisation des pratiques sont fortes, il est primordial de rester en cohérence avec soi. Dès lors qu'il existe des possibilités de rebondir, toutes les opportunités de changer sont donc bonnes à prendre. Des médecins se reconvertisent, suivant ou trouvant finalement leur voie en s'investissant dans des activités qui correspondent à leurs centres d'intérêt, telles que la formation, la gériatrie, la médecine du travail, la psychothérapie, etc. Ils trouvent ce changement positif et le perçoivent comme une **reconversion naturelle** leur permettant d'exploiter et de développer des compétences particulières et, ce faisant, de pratiquer une meilleure médecine.

La décision de cesser son activité libérale peut donc résulter de l'évolution du contexte d'exercice qui finit par ne plus correspondre aux aspirations professionnelles et aux représentations des médecins ; voir venir à soi des patients présentant des pathologies lourdes ou multiples, des problèmes d'ordre psychiatrique ou des comportements consuméristes et devoir pratiquer une majorité d'actes non désirés ou, inversement, ne plus avoir la possibilité de faire des consultations spécialisées, être

ENCADRÉ 1

Méthodologie

Les résultats de cette double étude sont fondés sur les analyses de 60 entretiens approfondis réalisés en 2006 et 2007 en France métropolitaine auprès d'hommes et de femmes médecins volontaires, exerçant dans des zones géographiques variées, âgés de 43 à 77 ans, exerçant ou ayant exercé en groupe ou seuls. Chaque équipe a interrogé 30 médecins, sélectionnés parmi ceux ayant répondu à un courrier envoyé à 600 praticiens, constituant deux échantillons distincts de 300 généralistes libéraux. Les médecins sollicités ont été sélectionnés au sein de plusieurs régions, en fonction de critères diversifiés, afin d'offrir un éventail le plus large possible des discours et représentations à recueillir.

Ont été interrogés des généralistes ayant pris leur retraite à 65 ans, des généralistes ayant cessé tardivement leur activité (au-delà de 66 ans), des généralistes ayant cessé précocement leur activité (avant 60 ans), des médecins en exercice (actifs reconvertis, âgés de 40 à 66 ans).

La méthodologie retenue pour l'enquête est celle des entretiens semi-directifs. Ils ont duré de 2 à 4 heures.

Les entretiens ont été conduits à l'aide d'une grille d'entretien propre à chaque équipe, mais visant à aborder les mêmes thèmes.

obligé de (re) faire des visites, des gardes, etc. Tous ces éléments sont autant d'incitations à tourner la page.

L'attrait d'une seconde carrière plus en accord avec les aspirations des médecins

Cette motivation correspond principalement à la volonté de quitter le mode libéral et d'opter pour le salariat. Celui-ci équivaut aussi bien à une seconde étape dans la carrière qu'à une réorientation professionnelle. Les médecins vivent parfois cette reconversion comme un véritable challenge.

Ce nouveau mode d'exercice correspond pour certains à un intérêt professionnel bien identifié. Ils s'investissent dans des activités plus en cohérence avec leur vision du métier et plus stimulantes au plan intellectuel. Ils pensent aussi contribuer à améliorer la qualité de la prise en charge des patients en s'insérant dans une équipe de professionnels de la santé et ce, dans de bonnes conditions en termes de temps de travail et de qualité de vie. Par ailleurs, le statut de salarié offre un cadre plus sécurisant professionnellement (grâce au travail en équipe notamment) et financièrement, plus reposant, ainsi que de réelles possibilités d'évolution.

Ces médecins mettent en perspective la première partie de leur carrière ainsi que les conditions dans lesquelles elle s'est déroulée, au plan professionnel et au plan personnel, et les années à venir. Cette réflexion ne se fait pas en solitaire, mais en concertation avec l'entourage et notamment avec le conjoint.

Le rééquilibrage entre vie professionnelle et personnelle

Le changement de mode d'exercice est souvent motivé par la volonté de « faire baisser la pression », c'est-à-dire de réduire la charge de travail, mais aussi de se libérer d'une préoccupation de tous les instants. Pour le professionnel, l'enjeu est de trouver un meilleur équilibre entre vie personnelle et vie professionnelle.

La surcharge de travail, les contraintes temporelles, le sentiment de dégradation des conditions d'exercice, la crainte de mal faire, de se tromper font voler en éclat l'équilibre construit au cours de la vie professionnelle. Des dégradations au plan de la santé en sont un signe fort. Ils vont de la sensation de grande fatigue ou de grande lassitude à des

problèmes de santé sérieux. Ces médecins expriment, avant toute chose, le souhait de sortir de la situation qu'ils subissent. Ils éprouvent aussi souvent l'envie de consacrer (enfin) plus de temps à des activités extraprofessionnelles, voire à leurs passions.

Dans ce métier, caractérisé par une perméabilité importante entre les sphères privée et professionnelle, les événements personnels ou familiaux⁴ peuvent à tout moment conduire à la décision de cesser son activité libérale. Les pressions familiales jouent aussi un rôle majeur. Les proches soutiennent plus ou moins le médecin au quotidien, l'incitent variablement à saisir (ou à refuser) des opportunités (proposition d'un poste, d'un successeur, d'un nouveau dispositif gouvernemental) et à ne pas se surinvestir dans son travail.

Un rapport dégradé à l'environnement institutionnel, l'absence de reconnaissance et le sentiment de perte du rôle social

Les médecins perçoivent une dégradation du rapport qu'ils entretiennent avec les institutions. C'est l'un des sujets les plus évoqués.

Ils ont le sentiment d'un décalage grandissant entre de nombreux points :

- le statut libéral et les approches gestionnaire et comptable des politiques visant à maîtriser les dépenses de santé ;
- les pratiques professionnelles attendues par les pouvoirs publics et les besoins en matière de santé ;
- les modes de régulation mis en œuvre et l'autonomie et l'indépendance inhérentes à l'exercice de la médecine générale libérale qu'ils ont connue (qui passent notamment par la liberté du choix de la date de cessation, du lieu d'exercice, de l'organisation et de l'orientation du travail).

Tandis que certains manifestent leur désaccord avec les orientations des politiques de santé, accusées de correspondre à une vision purement budgétaire, mais également d'attribuer aux médecins généralistes un positionnement et un rôle imprécis et de moins en moins tenables dans l'offre de soins, d'autres expriment une profonde lassitude, voire une exaspération grandissante devant la prétention d'encadrer financièrement leur exercice.

Le discours contre les institutions, l'assurance maladie et les politiques de santé est prépondé-

4. Formation des unions et séparation, naissance d'enfants ou de petits-enfants, prise en charge de parents âgés, décès de proches, problème de santé, etc.

rant chez certains enquêtés : la fin de la médecine libérale leur semble clairement programmée. Les incohérences qu'ils dénoncent entre les besoins en matière de santé et les caractéristiques de l'offre de soins ainsi qu'entre les objectifs affichés des responsables politiques et administratifs et les mesures prises leur apparaissent comme autant de preuves que la médecine générale libérale est en danger.

Chez des médecins très engagés professionnellement, l'impression de recevoir une rétribution symbolique de plus en plus faible⁵ leur semble aller également dans le sens d'une remise en cause de la pérennité de l'exercice libéral sous ses formes actuelles.

Les médecins partis précocement et ayant subi une dégradation de leurs conditions de travail confient en effet leur désenchantement à l'égard de l'exercice du métier de généraliste libéral. Ils ont l'impression de plus en plus nette d'avoir perdu l'équilibre entre le don, c'est-à-dire l'engagement personnel du médecin, et le contre-don qui a trait à la reconnaissance par les patients (parfois accusés de consumérisme), les pairs du même âge ou plus jeunes, les responsables politiques et l'assurance maladie. L'image du médecin leur semble altérée, le statut social de la profession dégradé et le contenu du métier appauvri, tout comme l'intérêt qu'il présente⁶.

Le manque de reconnaissance détériore l'identité professionnelle. Il génère une perte du sens du travail accompli ou engagé et, par la même occasion, remet fortement en question l'accomplissement de soi dans le champ des rapports sociaux⁷.

La cessation de l'activité libérale comme stratégie offensive ou défensive

Pour tous les médecins enquêtés, cesser son activité libérale permet enfin de consacrer plus de temps à des activités extraprofessionnelles. Le départ à la retraite comme le passage au salariat permettent de se consacrer davantage à la famille et aux passions mises de côté jusqu'alors. Parce que les représentations du métier et les situations professionnelles et familiales sont variées, les réactions face à la cessation de l'activité libérale et face aux réformes gouvernementales sont également contrastées

et engendrent des stratégies soit offensives, soit défensives. Quatre types de situations peuvent être distingués selon l'âge et le contexte.

Des médecins partis précocement à la retraite ont été dépassés par un accroissement de la concurrence locale (lié à l'arrivée de confrères généralistes ou spécialistes), mais aussi par les évolutions de la médecine

Pour eux, le mécanisme d'incitation à la cessation d'activité (MICA) a été à la fois une opportunité et un prétexte pour mettre fin à une situation devenue trop pénible, compte tenu de l'écart grandissant entre les réalités de leur exercice et leurs aspirations professionnelles ou encore de leur volume d'activité devenu insuffisant.

Ce sont surtout les médecins très fatigués, dont la santé se détériorait et dont les conditions de travail étaient déjà particulièrement contraignantes qui ont cessé leur activité libérale dans le cadre du MICA. Cependant, les évolutions de la médecine vers une pathologisation d'événements de la vie (par exemple, la grossesse), une technicisation de plus en plus poussée (parfois injustifiée) et un certain consumérisme de la part de patients ont particulièrement fragilisé ceux d'entre eux qui, imprégnés du paradigme du « prendre soin », possédaient des valeurs professionnelles très fortes. Ils se qualifient aujourd'hui eux-mêmes de dinosaures. Ceux-là ont eu une forte impression de perte du métier et le sentiment de vivre la fin d'une époque : la leur.

La plupart de ces retraités précoces ont cessé totalement l'exercice de la médecine. Ils s'épanouissent à la retraite en pratiquant des activités de loisirs. Ils ont adopté une stratégie de retrait, car l'avenir de la médecine leur paraît de plus en plus sombre et celui de la médecine générale libérale compromis.

Les cessations forcées, et notamment celles imposées par des problèmes personnels de santé, sont toujours mal vécues, particulièrement par les médecins porteurs d'un fort désir d'utilité sociale : pour eux, le renoncement semble impossible

Des retraités toujours passionnés par leur métier, parfois pourtant très handicapés, continuent à travailler bénévolement, tandis que d'autres, qui ont été également très actifs, gardent des liens avec le monde professionnel,

5. Dejours C., 2007.

6. Recours plus fréquents à l'hospitalisation, consultations directes de spécialistes.

7. Dejours C., 2007.

en passant à leur ancien cabinet, en participant régulièrement à des rencontres professionnelles ou encore en conservant des activités en lien avec le métier⁸. Ainsi, ils se font progressivement une raison et atténuent les effets du traumatisme que constitue pour eux la cessation d'activité, renforcés par l'absence de successeur. Ces médecins, qui craignent de basculer dans une vie trop oisive, continuent aussi à travailler pour le plaisir, parce qu'ils désirent encore être utiles et s'occuper jusqu'à la fin de la santé ; la question du niveau de revenu est alors très secondaire.

D'autres médecins mettent en place des arrangements « pour tenir »

Ils poursuivent une activité professionnelle à temps partiel (remplacements, salariat) par choix ou par nécessité. Une thématique nouvelle émerge dans le discours spontané de ces médecins : celle du rapport entre la charge de travail et le revenu qu'ils jugent de plus en plus défavorable. La rétribution qu'ils obtiennent en échange de leur concours leur paraît de moins en moins suffisante au regard de l'effort fourni, particulièrement en fin de carrière, ce qui génère un sentiment d'injustice fortement exprimé.

Pour une minorité de médecins enquêtés, la décision de cesser l'activité libérale est fondée sur leur représentation de l'âge normal de cessation

Ces médecins ont fixé une limite temporelle à leur activité professionnelle. Dans ce cas, la cessation d'activité est d'ordinaire mieux vécue, car elle a été préparée, au moins mentalement.

La décision de cesser son activité libérale : un processus inscrit dans les trajectoires de chacun

Outre les motivations variées animant les médecins, l'âge, le **profil** et l'**histoire personnelle** entrent également en ligne de compte dans la réflexion menant à la prise de décision de cesser ou de poursuivre son activité libérale. Ces éléments font de chaque décision une affaire individuelle sur laquelle les politiques de régulation globales ont peu de prise. Cette décision est en effet liée aux centres d'intérêt professionnels et personnels de chaque praticien, à leur évolution, ainsi qu'aux événements vécus.

Les raisons invoquées par les médecins généralistes interrogés sont donc à prendre, non pas isolément, mais dans un faisceau d'éléments convergents plus ou moins hiérarchisés qui, à un moment donné, rendent la situation vécue suffisamment pesante pour espérer passer à autre chose (c'est le cas des médecins fatigués de l'exercice libéral de la médecine générale).

D'une certaine manière, les médecins généralistes libéraux résolvent une sorte d'équation du changement qui rapporte « ce que j'ai, ce que j'ai à perdre » à « ce que je vais gagner ». Cette équation est construite à partir des **représentations** et des **interprétations** qu'ils font de leur trajectoire passée et de l'avenir ; celles-ci sont alimentées par l'idée qu'ils ont d'eux-mêmes, de leur métier et de leur environnement proche ou plus global. Il existe alors une interaction entre le passé, le présent et l'avenir qui peut être porteuse d'actions offensives ou défensives stratégiques.

Il n'est pas possible de dater la prise de décision dans la mesure où elle n'est pas liée à la comptabilisation, à un moment précis et repérable, des facteurs objectifs ou subjectifs. Prendre en compte la temporalité dans laquelle s'inscrit le médecin pour passer du constat porté sur sa situation professionnelle et personnelle à la prise de décision est donc nécessaire à la compréhension des modalités de la cessation précoce ou, au contraire, tardive de l'activité libérale. Le temps ne joue pas de la même manière pour tous.

De même, les cessations prématurées ou tardives de l'activité libérale ne peuvent être associées à des profils de médecins. Entrent en jeu, en effet, le parcours de chacun qui imprègne la décision de subjectivité ; le « regard porté sur » comptant, *in fine*, plus que la réalité objective. La décision de cesser précocement ou tardivement l'activité libérale résulte bien plus d'une dynamique entre un environnement professionnel objectif et interprété et un chemin individuel, inscrit dans le temps et dépendant des capacités des professionnels à développer une stratégie d'action cohérente avec leurs perceptions de la réalité vécue (encadré 2).

Que ce soit dans l'optique d'entamer une seconde carrière en attendant la retraite ou bien

8. Formation professionnelle, médecine scolaire, présidence de conseils d'administration de maisons de retraite, etc.

pour la prendre, la cessation de l'activité libérale est toujours une histoire unique où la dimension personnelle joue deux fois : dans les trajectoires de vie propres à chacun et dans la subjectivité engagée par chacun. Plus que la réalité objective des situations vécues (sauf ennuis de santé particulièrement importants), c'est l'articulation entre les trajectoires de vie et le regard « porté sur » qui vont, à un moment donné, faire que tel ou tel médecin décide de cesser son activité libérale de manière précoce, tardive ou aux alentours de 65 ans.

La diversité des enjeux de la poursuite ou de la cessation de l'activité libérale

Tout au long de leur carrière (y compris à la fin), les préoccupations principales mises en avant par les praticiens sont la recherche d'un exercice professionnel compatible avec une certaine qualité de vie et la reconnaissance de leur rôle social ou de l'intensité de leur engagement professionnel (encadré 3). La question financière n'apparaît qu'en second plan. Si l'aspect pécuniaire n'est pas à négliger et demeure important, la manière dont il joue est souvent complexe et difficile à cerner. En effet, les motivations financières renvoient autant au niveau de revenu qu'à des éléments plus symboliques. Au travers de leur revenu, qu'ils comparent à ceux d'autres professions, les médecins perçoivent une appréciation de la valeur de leur travail. Derrière les discours relatifs à la question financière et à ses conséquences sur le niveau de vie et le pouvoir d'achat apparaît donc le caractère symbolique de la rémunération, perçue comme le reflet de la reconnaissance de l'utilité du médecin et de sa place dans la société.

L'exercice de la médecine générale se caractérise non seulement par l'individualisation des pratiques, mais aussi par la diversité des priorités dans le travail. Les niveaux de la rémunération et du volume d'actes que les médecins considèrent comme normaux sont donc très subjectifs. De même, les valeurs professionnelles sont très variées et, par conséquent, chacun pratique une médecine plus ou moins lente, se rend plus ou moins disponible pour les patients, entretient avec eux des rapports plus ou moins « affectifs », exerce la médecine générale ou se spécialise, etc. Ainsi, les motifs

principaux de cessation pour les uns deviennent secondaires ou ne constituent même plus un motif de cessation pour les autres.

Les médecins acteurs : de conditions d'exercice subies à l'élaboration des stratégies protectrices

Outre les difficultés rencontrées par les médecins dans le cadre de leur exercice professionnel présentées dans la première partie,

ENCADRÉ 2

Motivations et processus de décision

Les quatre points clés d'analyse de l'articulation entre les motivations avancées par les médecins généralistes libéraux et le processus de décision seraient finalement :

- la tension entre le regard porté sur le vécu et la vision de l'avenir et son inscription dans la trajectoire de vie ;
- les stratégies individuelles pouvant être déployées et permettant de peser sur les situations et les choix ;
- l'importance des opportunités rencontrées comme facteurs de concrétisation de la décision ;
- l'âge comme facteur discriminant, non pas du choix, mais de ce qui s'y joue dans la décision de cessation (la cessation de l'activité libérale n'ayant pas les mêmes conséquences selon l'âge du médecin).

ENCADRÉ 3

Les enjeux de la poursuite ou de la cessation de l'activité libérale

Ils relèvent de plusieurs éléments :

- du symbolique : il s'agit de la position et du rôle objectivement dévolus au médecin généraliste libéral dans la société et dans le système de santé, mais aussi du statut que lui confèrent le regard des patients et celui de la société toute entière ;
- des conditions d'exercice professionnel et des conditions de vie, de l'équilibre entre travail et vie privée atteint ou détruit, stabilisé ou sans cesse remis en cause ;
- de l'évolution du métier : les médecins qui poursuivent leur activité libérale doivent s'accommoder d'une évolution (ou d'une déformation selon certains) graduelle de ce que l'on attend du médecin, de sa place et de son rôle dans le système de soins. Cette évolution du métier résulte en partie du comportement des patients qui, par leurs sollicitations et leurs attentes, élargissent ou, au contraire, réduisent le champ d'intervention du médecin, l'enferment dans des activités perçues comme de plus en plus appauvries ou routinières (voire dégradantes lorsque le médecin se voit attribuer un rôle d'exécutant) ;
- des contreparties trouvées à l'effort consenti en matière de temps de travail et de charge de travail, de conditions d'exercice et de vie obligeant à des renoncements (voire à des sacrifices).

les résultats de l'étude corroborent ceux d'enquêtes récentes qui soulignent l'existence de risques importants inhérents à l'exercice de la médecine générale, et notamment le risque d'épuisement professionnel ou *burn out*⁹.

Ces risques sont liés à un rythme de travail soutenu, mais aussi et surtout aux conditions d'exercice d'une médecine dont les dimensions économique et sociale ne sont pas ou peu enseignées en faculté¹⁰. Les généralistes, comme les urgentistes, se voient parfois contraints de prendre en charge des patients obligeant à être polyvalents¹¹. Ces médecins sont également de plus en plus sollicités pour intervenir dans des domaines extra-médicaux (parentalité, scolarité, conflits familiaux, etc.). Leur champ d'intervention tend donc à s'élargir, sans qu'ils ne puissent pour autant s'appuyer sur un encadrement au quotidien ou des contacts et des formations adéquats¹². Les jeunes médecins apprennent donc une partie de leur métier sur le tas, ce qui provoque parfois des chocs dont les répercussions se traduisent par des discours négatifs sur les exigences ou les problèmes des patients.

Pourtant, des praticiens enquêtés ont su se protéger du *burn out* et nombre d'entre eux se sont épanouis dans leur travail.

En effet, le médecin n'est pas seulement un être neutre, subissant totalement une situation ou des événements le conduisant (ou le contraignant) à cesser son activité libérale, il est aussi acteur : il interagit avec le contexte dans lequel il évolue.

Des risques majorés pour certains profils médicaux

En médecine générale libérale, les difficultés sont parfois amplifiées par le comportement des médecins.

Il existe effectivement une tendance générale à travailler à un rythme trop soutenu, toutes générations confondues. Malgré les discours des médecins interrogés sur la disparition du sacerdoce ou du médecin de famille, l'enquête confirme que ces modèles existent toujours et que de jeunes médecins continuent de les reproduire. Le plus souvent, la vie privée et la santé des médecins en pâtissent. L'enquête

met ainsi en évidence l'apparition fréquente de problèmes de santé soudains et graves, des ruptures familiales, mais aussi, plus simplement, des regrets (celui d'être passé à côté de quelque chose) chez les médecins ayant trop mis leur vie personnelle entre parenthèses.

Ce surinvestissement s'explique par un effet d'entraînement. Les médecins ont souvent acquis une certaine endurance professionnelle au cours de leur internat. Ils ont également une tendance plus ou moins affirmée au dépassement de soi, même à l'hyperactivité. Certains éprouvent aussi des difficultés à lever le pied, craignant de ne pouvoir assumer un niveau élevé de charges financières avec une activité réduite, ou de ne pouvoir se passer du sentiment d'utilité sociale, des relations humaines denses et de la position sociale confortable que leur procure ce travail qu'ils jugent gratifiant et enrichissant.

Le risque de surinvestissement est amplifié chez certains médecins (majoritairement des hommes) pour lesquels les identités sociale et professionnelle se confondent, ou l'engagement envers la patientèle est particulièrement fort. Le sentiment d'être indispensable, la notion de devoir, l'intériorisation de modèles d'héroïsme, le désir plus ou moins conscient de se donner ou même de se sacrifier restent importants en médecine générale libérale et peuvent conduire des praticiens à aller au-delà de leurs limites. Les médecins passionnés et altruistes (et parmi eux des praticiens ayant un profil d'humanitaire) sont particulièrement concernés par ce risque. Ils ont répondu à toutes les demandes de soins et disent d'ailleurs souvent avoir été dépassés par leur patientèle. Ils reconnaissent ne pas s'être assez protégés, notamment faute de recul sur les conséquences de leur fort investissement dans le travail.

Enfin, comme les paramédicaux libéraux, les médecins valorisent l'autonomie au travail et sont fortement imprégnés de l'idéal du « savoir faire face en solitaire ». Des praticiens, cherchant à s'y conformer strictement, se sont retrouvés en situation de *burn out* pour ne pas avoir demandé d'aide et être restés à l'écart des réseaux de professionnels locaux auprès desquels ils auraient peut-être pu trouver un appui. Ils se sont surchargés eux-mêmes de responsabilités et de travail. La conjugaison du désir d'autonomie au travail et d'une offre de soins déficiente dans les zones où ils exer-

9. Davezies P., 2004 ; Dupuis C., 2007.

10. Haxaire C., 2006; Hardy-Dubernet A.-C. et al, op. cit.

11. C'est le cas des personnes en détresse psychologique et sociale, souffrant de pathologies lourdes ou multiples ou bien encore des personnes de plus en plus âgées.

12. Véga A., 2007 ; Véga A. et Lustman M., 2007.

çaient les a aussi conduits à assumer une charge de travail particulièrement lourde. Ils se sont ainsi retrouvés dans une certaine solitude professionnelle.

Des généralistes libéraux épanouis au travail

Certains praticiens sont parvenus à anticiper les difficultés, à trouver un soutien local, à trier leur clientèle, etc. En un mot, ils ont su se protéger. À travers leurs parcours et leurs discours, on décèle des facteurs d'épanouissement au travail pouvant, dans certains cas, expliquer des cessations tardives de l'activité libérale.

La satisfaction au travail est d'abord liée au lieu d'installation. Les médecins heureux au travail exerçaient majoritairement en province, à la campagne ou en ville, où ils ont bénéficié d'une certaine qualité de vie, et où les compétences des généralistes sont toujours reconnues par la population. En effet, celle-ci recourt encore aujourd'hui assez systématiquement au médecin de famille, notamment si ce dernier s'est spécialisé, en acquérant des compétences particulières, ce qu'ont d'ailleurs fait la plupart des ces médecins au sortir de la faculté. Certains ont orienté leur carrière dans telle ou telle voie, en fonction de la situation et de la demande du lieu et du moment, exploitant ou développant pour cela d'éventuelles compétences particulières.

De plus, ces médecins ont su prendre la décision de déménager lorsqu'ils ont perçu les premiers signes d'une évolution de leur environnement qu'ils estimaient défavorables à un exercice serein, tels que l'arrivée de nouveaux types de patients ne correspondant plus à leurs attentes ou de nouveaux concurrents, ou encore l'apparition de relations conflictuelles entre professionnels. Ils n'ont pas non plus hésité, en cas de désaccord avec leurs collaborateurs, à changer d'associés ou à quitter une association pour se réinstaller seul.

Ensuite, ces médecins ont eu la capacité de reproduire, dans le cadre de leur exercice libéral, des atouts du secteur salarié tels que le partage des responsabilités et des tâches, l'organisation raisonnée du temps de travail, les échanges entre professionnels, la possibilité de reconnaissance par les pairs. Seuls ou en groupe, ils ont développé un mode de coopéra-

tion efficace entre médecins (toujours sur le modèle du travail hospitalier en équipe). Ils ont constitué ou consolidé des réseaux d'entraide. Ils ont su se faire des alliés, en particulier des médecins spécialistes libéraux et des médecins hospitaliers locaux, ce qui leur a permis de se décharger de certaines responsabilités telles que les gardes ou la prise en charge de certains patients. Les hommes médecins ont de plus bénéficié dans bien des cas de l'aide de leur épouse pour effectuer les tâches administratives.

La plupart ont travaillé dans des structures de santé locales telles que les maisons de retraite, bénéficiant parfois d'un statut mixte. Ils ont aussi fréquemment pris des engagements en dehors de la sphère médicale ou de leur territoire d'intervention, en s'investissant dans des activités associatives, politiques ou humanitaires¹³. Ces activités leur ont permis d'acquérir une notoriété locale, une certaine reconnaissance, source de fierté et de sentiment d'accomplissement personnel, mais aussi une plus grande efficacité dans leur travail, puisque cette notoriété leur a amené des patients et du soutien et que leur ouverture à un vaste champ d'action les a conduits à prendre du recul sur la médecine générale et à enrichir leurs pratiques. Au quotidien, ces médecins ont su néanmoins moduler leur rythme de travail en fonction de leurs besoins et de leurs aspirations, s'aménager des pauses et pratiquer des activités de loisirs.

La satisfaction au travail semble aussi tenir aux rapports que ces médecins entretiennent avec leurs patients, qu'ils ont sélectionnés d'une manière ou d'une autre, en passant, par exemple, en secteur 2 lorsqu'ils le pouvaient ou en pratiquant l'homéopathie. Ils n'ont pas accepté le « tout-venant » et notamment les cas trop difficiles, surtout lorsqu'ils supposaient une prise en charge au plan psychiatrique. Certains ont dit avoir également refusé des patients bénéficiant de la couverture maladie universelle. Contrairement à d'autres enquêtés reconvertis ou ayant pris leur retraite précocement, ils ont non seulement réussi à cadrer et éduquer leurs patients en exprimant franchement leur désaccord avec leurs comportements, mais aussi à les fidéliser. Ces praticiens, au profil souvent paternaliste, ont, pour la plupart, une clientèle socialement mixte ou issue des classes favorisées.

13. Des hommes et des femmes pouvant parfois paraître hyperactifs ont ainsi rempli la fonction d'adjoint au maire, créé des structures de soins aux personnes âgées ou des antennes d'urgence, établi des liens avec les instances dirigeantes telles que le Conseil national de l'ordre des médecins ou les conseils régionaux, etc.

Ces médecins ont su à la fois ne pas s'éloigner de leurs centres d'intérêt, restreindre leur territoire et leur champ d'intervention et approfondir leurs compétences dans une ou plusieurs spécialités, ce qui a contribué à renforcer leur assurance dans le travail. D'ailleurs, parmi les médecins ayant cessé tardivement leur activité libérale, on trouve des quasi-spécialistes installés en centre-ville, en secteur 2.

De plus, leur rémunération était à la hauteur de leurs aspirations. Ces médecins, parmi lesquels beaucoup sont partis à la retraite tardivement, ont fait le choix de lieux d'exercice et d'orientations en matière de soins rentables, voire « lucratifs ». Certains étaient de véritables « managers », qui ont parfois multiplié les actes pour répondre, disent-ils, aux demandes des clients. Autrement dit, dans ce groupe, les aspects financiers du métier sont importants, mais ils apparaissent plutôt comme un facteur d'épanouissement au travail.

Pour toutes ces raisons, la plupart d'entre eux ont trouvé un successeur sans difficulté. Ils l'ont trouvé d'autant plus facilement qu'ils ont mis en place des stratégies pour y parvenir : certains ont réalisé des travaux dans leur cabinet ou déménagé peu avant de le céder, d'autres encore l'ont transmis à leurs enfants.

Stress, épuisement et dépréciation : les causes du renoncement

À l'opposé des médecins épanouis, la majorité des médecins reconvertis et une partie des médecins ayant pris leur retraite précocement ne se sont pas protégés.

Ils exerçaient souvent dans des secteurs où l'offre de soins était plutôt insuffisante au regard des besoins de la population, comme dans certaines zones rurales et dans des banlieues dites difficiles. Certains, issus d'un milieu plus favorisé, ont parfois vécu de véritables chocs culturels, mais tous ont été confrontés, seuls (par choix ou non), à des réalités sociales auxquelles leur formation initiale ne les avait pas préparés : interculturalité, patients ou familles cumulant les soucis médicaux, familiaux, professionnels et financiers, sérieux problèmes psychologiques ou psychiatriques, insécurité ou violence.

La plupart n'ont pas su maîtriser leur temps de travail et circonscrire leur territoire et leur champ d'intervention. Ils ont été incapables de dire non. Ils se sont surinvestis et se sont laissés dépasser par l'ampleur des demandes ou des problèmes de leurs patients, ne relevant d'ailleurs pas toujours du domaine médical. Ils se sont retrouvés à prendre en charge tous les patients qui se présentaient, et parmi eux des patients les exposant à une certaine usure émotionnelle, d'autant plus que ces médecins, souvent très sensibles, ont été affectés par la souffrance de leurs patients. Ils n'ont finalement pas eu suffisamment de recul sur leurs pratiques pour se protéger à temps, pour mettre en place des soupapes de sécurité, celles-là mêmes qui ont permis à certains de leurs confrères de poursuivre longtemps leur activité.

Ces praticiens exerçaient en outre une médecine humanitaire ou sociale, lente, supposant une prise en charge globale ou du moins une écoute attentive des patients, en secteur 1, ce qui rendait leur exercice d'autant plus difficile et leur activité d'autant moins rentable. Certains ont également tenu à assurer seuls la continuité des soins et à tout prendre en charge, pensant ainsi garantir la qualité des soins prodigués.

Faute de soutien, par refus d'être épaulés ou par manque de structures et de professionnels compétents au niveau local, ces médecins, qui pour beaucoup ont souffert de la solitude, ont accumulé énormément de fatigue et de lassitude. Chez certains enquêtés, la vision du travail et des patients en a été altérée ; ils ont maintenant une opinion négative sur les comportements de leur patientèle qu'ils jugent abusifs. Or, la mise en cause des patients pour expliquer une situation difficile est souvent le reflet d'un épuisement professionnel¹⁴ et d'une déception causée par un décalage entre la réalité et la conception qu'ils ont du rôle du médecin généraliste. Pour ces médecins, la cessation de l'activité libérale a été motivée également par le sentiment d'avoir perdu leur statut social, leur niveau de vie, mais surtout leur image de soignant. Leur métier leur semble dévalorisé et dévalorisant.

Ce sont plutôt des femmes, aujourd'hui nombreuses parmi les médecins généralistes, qui se retrouvent dans ces situations difficiles.

14. Davezie P., *op.cit.*
Le constat est le même chez
des urgentistes et des gériatres
(Vega A., 2007).

Elles sont en effet, plus souvent que les hommes, orientées vers une médecine lente et attirent plus facilement les patients nécessitant un suivi rapproché. Les médecins mères de famille éprouvent encore plus de difficultés à concilier leurs vies professionnelle et personnelle, notamment parce qu'elles ne bénéficient pas, comme certains de leurs confrères hommes, de l'appui de leurs conjoints pour les tâches administratives au cabinet (le secrétariat, par exemple) ou pour les tâches domestiques à la maison. Ainsi, pour certaines enquêtées, l'obligation de faire ou de refaire des gardes ou la difficulté de trouver une personne pour s'occuper des enfants ont été des éléments déclencheurs qui ont fini de les convaincre qu'il était temps d'arrêter ; surtout lorsque leur activité était déjà peu rémunératrice et peu enrichissante et les conditions de travail difficiles. Certaines de ces femmes se sont alors tournées assez naturellement vers le salariat et ont trouvé un poste leur permettant de mieux concilier leurs différents rôles.

Des libéraux à la vocation de salariés

Une minorité de praticiens reconvertis dans le salariat étaient avant tout en recherche existentielle. Ils n'étaient pas réellement prêts à assumer les conséquences du mode d'exercice libéral, comme la nécessité de gérer financièrement et administrativement leur cabinet et d'assurer un certain volume d'activité pour faire du chiffre. Mais ils n'étaient surtout pas prêts à assumer seuls des responsabilités et des risques professionnels.

Pendant leur exercice libéral, ils ont souffert de solitude professionnelle. Celle-ci a été, sinon la cause principale, au moins un des facteurs importants ayant motivé leur cessation d'activité. En effet, ces praticiens éprouvaient le besoin de travailler en groupe, sur le modèle hospitalier ou celui des maisons de santé. Or, leurs réseaux d'entraide, les associations ou groupements de médecins n'ont pu répondre qu'en partie à leurs aspirations, en raison d'un défaut de collaboration dû à une concurrence parfois forte et à des conflits d'intérêts. Ces médecins se sont reconvertis et ont recherché dans le salariat un rythme de travail plus régulier, moins soutenu et l'assurance d'un revenu

fixe, mais également la possibilité d'échanger avec d'autres professionnels de la santé, médecins ou non.

Ils ont pris la décision de changer alors qu'ils avaient encore la force ou le courage de le faire, contrairement à d'autres médecins, souvent plus âgés, qui ont finalement pris plus tard dans leur carrière une autre porte de sortie et sont partis à la retraite prématurément.

Leur carrière libérale a été une sorte de parcours initiatique : elle leur a permis de prendre conscience du sens profond de leur engagement, de leurs véritables centres d'intérêt, de leurs valeurs et de leurs limites personnelles.

Une minorité de médecins contestataires

Enfin, des médecins reconvertis ou partis à la retraite précocement s'opposent presque en totalité à la plupart des médecins ayant poursuivi tardivement leur activité. Il s'agit principalement d'hommes très contestataires.

Ils ont surtout cessé leur activité libérale en raison de leur opposition de fond aux orientations politiques prises en matière de soins et de l'évolution des comportements des patients et des acteurs de la santé.

Ils ont refusé de répondre aux nouvelles demandes de patients ou de médecins spécialistes, par exemple, de jouer le rôle d'un prestataire de services pouvant être sollicité à toute heure pour tout motif ou de prescrire des examens qu'ils jugeaient inutiles (ce qui a pu les desservir). En somme, parce qu'ils prescrivaient peu et croyaient en l'utilité d'une médecine lente, la plupart ont refusé de participer aux dérives d'une médecine devenue, à leur sens, commerciale.

Certains dénoncent les conséquences du système de paiement à l'acte, et notamment la course à l'acte qu'il induit parfois. Cette méthode se traduit par la recherche de patients solvables ayant besoin de consultations très courtes. Ils se plaignent également de l'insuffisance de contrôles ciblés et de sanctions à l'égard des abus de certains patients ou médecins, ainsi que de certaines pratiques médicales résultant des pressions accrues des industries pharmaceutiques¹⁵.

15. Les industries pharmaceutiques influencent notamment la prescription de traitements.

Certains d'entre eux remettent aussi en question la formation initiale, qui ne préparerait pas suffisamment les étudiants à la relation au patient, ainsi que les procédés d'autres confrères, qui ne feraient pas preuve d'esprit critique. Ils déplorent l'absence d'évaluation scientifique des pratiques médicales, mais aussi la sous-évaluation des besoins relevant des soins primaires et de la santé publique en France.

Prévenir la cessation précoce de l'activité libérale : des mesures multiples à envisager

Les motivations énoncées par les médecins généralistes ne peuvent être lues *in abstracto*. Le contexte permet de comprendre les choix réalisés, mais aussi la place de chaque facteur dans l'élaboration de la décision de cessation. Dans le processus de décision des éléments clés pèsent particulièrement :

- l'aptitude à s'investir dans d'autres activités et à être mobile professionnellement ;
- avoir eu ou non l'occasion de découvrir d'autres formes d'exercice ou d'autres formes d'investissement professionnel ;
- la capacité à se protéger en préservant un juste équilibre entre sa vision des bonnes pratiques médicales d'une part, et la charge de travail et les relations avec la patientèle, d'autre part ;
- l'adaptation aux transformations socio-économiques de la société, la compréhension d'autres logiques (notamment la logique comptable de l'assurance maladie) et de l'environnement institutionnel ;
- l'insertion dans les instances professionnelles ;
- la capacité à prendre du recul et à évaluer les pratiques professionnelles.

La multiplicité des facteurs favorisant la cessation de l'activité libérale, le caractère très personnel de cette décision, mais aussi le fait que la prise de décision s'inscrive dans la durée et résulte d'un cheminement parfois très long donnent à penser que les mesures d'ordre financier sont très insuffisantes pour inciter les médecins à poursuivre plus long-

temps leur activité libérale. Pour y parvenir, on ne saurait faire l'économie de dispositions variées.

Penser le métier de médecin généraliste au pluriel

Les discours des médecins enquêtés révèlent la diversité des pratiques, des contenus du travail, des niveaux d'activité, des conditions d'exercice, des revenus qui varient du simple au double, mais aussi des vécus et des représentations. Cette hétérogénéité de situations professionnelles est liée à la disparité des aspirations, des centres d'intérêts et des priorités des médecins, mais aussi à la diversité des manières dont ils pallient les difficultés et préviennent les risques propres à l'exercice de la médecine générale et à l'exercice libéral.

Il semble alors nécessaire de poser un regard plus nuancé sur la médecine générale et d'éviter les discours généraux sur ceux qui la pratiquent. En effet, parler des médecins généralistes (même libéraux seulement) semble constituer une impasse, ceux-ci étant très loin de former un groupe homogène. Or, c'est précisément cette hétérogénéité qui constitue la limite la plus importante aux mesures globales. La variété des situations, des conditions d'exercice et des caractéristiques de la patientèle suppose au contraire des réponses multiples. Par exemple, afin de préparer tous les futurs médecins aux problèmes que certains ne manqueront pas de rencontrer sur leur lieu d'exercice, la formation initiale mériterait d'être complétée. Il serait souhaitable que les futurs praticiens soient davantage préparés à la confrontation avec des réalités sociales diverses, parfois difficiles. Ils seraient mieux armés pour réagir et faire face aux situations. Si certains médecins dont les conditions d'exercice sont plutôt faciles semblent bien se débrouiller seuls, ceux qui, en revanche, exercent dans les zones les moins bien pourvues en offre de soins, les plus isolées, ou encore dans lesquelles les besoins en soins primaires sont particulièrement importants au regard de l'offre existante gagneraient sans doute à être davantage épaulés. Ils semblent avoir besoin, pour travailler plus efficacement et sans s'épuiser, du soutien matériel d'autres professionnels de la santé et du secteur social, d'une meilleure organisa-

tion de l'offre de soins et d'une plus grande coordination entre professionnels, mais avant tout d'échanges. Finalement, en lieu et place de mesures globales, ce sont des réponses sur mesure qu'il s'agit d'apporter aux problèmes rencontrés par les médecins généralistes libéraux, des réponses diverses pour répondre à la diversité de leurs situations.

Réfléchir sur les discours tenus et les regards portés aux généralistes

Tant en fin qu'en cours de carrière, le sentiment d'un manque de considération, voire d'une remise en cause implicite de la place du médecin dans la société pèse tout autant sur la décision que les conditions d'exercice et l'écart entre ces conditions et les aspirations des médecins.

Un écart apparaît entre d'un côté, les discours tenus et les actions menées par les responsables politiques et administratifs et de l'autre, la perception qu'en ont nombre de médecins, dans un contexte marqué non seulement par l'évolution forte des situations locales et des attentes de la population, mais aussi par la prise de conscience collective de l'enjeu et du coût de la santé.

Il s'agit donc de contrer le sentiment qu'ont les médecins d'exercer un métier dont les contours s'estompent et par là, de lutter également contre leur impression de perdre leur identité professionnelle, leur statut social donc d'être dévalorisés socialement.

Pour ce faire, il faut s'interroger sur les mesures prises ou à prendre, mais aussi sur les signes donnés à des professionnels pour lesquels la symbolique compte tout autant que les faits. Les réponses à apporter au malaise des généralistes doivent être également symboliques et en harmonie avec la volonté de faire du médecin généraliste le régulateur du parcours de soins.

Une réflexion collective pourrait également être engagée sur les évolutions sociétales qui ont conduit à la remise en question du paradigme du sacerdoce du médecin libéral. Elle consisterait à travailler avec les médecins eux-mêmes sur le changement des valeurs intrinsèques du métier et à montrer que celui-ci est

acceptable, dans la mesure où l'attachement au métier reste le même, même s'il est exercé différemment.

Réfléchir sur le statut libéral, les modes d'exercice et les transitions ou aménagements possibles en fin de carrière

Le mode d'exercice libéral comporte, dans ses dispositions actuelles, plusieurs caractéristiques fortes qui peuvent inciter certains médecins à cesser précocement leur activité libérale ou décourager ceux qui ont la volonté de prolonger leur activité sous une forme aménagée une fois l'âge de la retraite venu. Parmi les points posant problème, citons :

- la logique actuelle du « tout ou rien » liée au haut niveau d'activité nécessaire pour dégager un revenu disponible correct et à la difficulté de gérer la pression de la clientèle et de la fidéliser en deçà d'un certain niveau de présence ;
- la difficulté, pour certains médecins, d'assumer la charge d'activité, en particulier s'ils exercent seuls en milieu rural, où ils peuvent éprouver un sentiment d'isolement et d'épuisement physique et professionnel ;
- la lassitude, voire le refus de réaliser des tâches administratives et de gestion et d'assumer le risque financier lié au statut libéral ;
- la nécessité de rester plus ou moins dans une logique de course à l'acte, même en fin de carrière, puisqu'aucune forme de capitalisation traditionnelle associée à l'avancée dans la carrière n'existe pour les médecins, et ce d'autant plus que le capital constitué par la patientèle est fortement déprécié, voire sans valeur marchande en raison du manque de successeurs potentiels.

Quelques leviers d'action envisageables se dessinent :

- **créer** de nouvelles formes d'exercice (le statut de collaborateur libéral va dans ce sens) et innover en matière de passerelles entre les modes d'exercice. Il s'agit de permettre le décroisement et de favoriser des transitions qui apparaissent moins comme des ruptures, tant dans le cadre législatif qu'en termes d'incidences financières et de créer de la fluidité sur un marché du travail interne élargi ;

- **proposer** des aménagements au principe du paiement à l'acte en fin de carrière, afin de favoriser les aménagements des rythmes de travail sans diminution forte des niveaux de revenu ; par exemple, en inventant des rétributions complémentaires sur la base de contreparties, mais en restant sur la base du volontariat ;
- **prendre en compte** des éléments relatifs à la formation professionnelle continue et à l'évaluation des pratiques professionnelles dans l'appréciation de la carrière professionnelle ;
- **permettre** aux médecins de s'engager dans des activités salariées temporairement, notamment en cas d'événements inattendus.

Réfléchir sur l'enjeu de la transmission

La cessation pose à l'évidence la question de la transmission. Partir, c'est transmettre un savoir, ainsi que des patients, qui représentent un enjeu financier, mais que les médecins sont surtout soucieux de ne pas abandonner.

Les médecins généralistes sont souvent démunis face à la pénurie de candidats à la reprise de leur cabinet. La dégradation des conditions actuelles de transmission du cabinet lors de la cessation de l'activité libérale pèse fortement sur les stratégies de cessation mises en place et génère des déceptions, des regrets, voire des traumatismes après le départ.

En outre, les médecins généralistes perçoivent un véritable fossé générationnel entre leur modèle du médecin généraliste, issu de la géné-

ration qui les a précédés, et qui reste encore largement la référence et le modèle des plus jeunes, portés par d'autres valeurs personnelles et professionnelles. D'une certaine manière et pour imaginer le propos, quand ils se retournent, ils ont l'impression de n'avoir plus personne derrière eux. Ce constat leur est assez difficile à vivre, alors que tous ont le sentiment d'avoir beaucoup donné, y compris au détriment de leur vie personnelle.

Plusieurs axes de réflexion peuvent être suggérés :

- **renforcer** la place dans la formation des jeunes médecins de la médecine générale de ville, de manière à susciter des vocations, mais aussi à mieux préparer les futurs médecins aux conditions réelles de leur exercice. Cela suppose sans doute, plus que d'accroître le nombre des heures de découverte (dans le volume d'enseignement, au travers des stages), d'engager une réflexion sur les mécanismes de sélection des futurs médecins, sur les réserves des étudiants et des jeunes médecins à l'égard de la médecine générale et de l'exercice libéral, sur les dispositifs d'accompagnement à l'installation et sur la création de possibilités réelles d'accueil de stagiaires dans les cabinets médicaux ;
- **encourager** les médecins à transmettre leur savoir et en faire des acteurs de la transmission, du passage de relais ;
- **insister** sur la question du successeur pour en faire non plus seulement une question individuelle, mais collective. ■

Références bibliographiques

- Cabé M.-H., Blandin O., 2008, « Cessation d'activité des médecins généralistes libéraux – tome II », *Document de travail*, série Études et Recherche, DREES, n° 77, avril.
- Davezies P., Daniellou F., 2004, *L'épuisement professionnel des médecins généralistes, une étude compréhensive en Poitou-Charentes*, URML de Poitou-Charentes.
- De Kervasdoué J., Robelet M., 2003, *La crise des professions de santé*, Dunod.
- Dejours C., 2007, *Travail, usure mentale*, Éditions Bayard.
- Dupuis C., 2007, « Informations professionnelles et burn out », in *Le Quotidien du médecin*, juin.
- Haxaire C. (resp), « Représentations de la santé mentale et de la souffrance psychique par les médecins généralistes » (Finistère et Côtes d'Armor), in *Programme de recherche « Sciences biomédicales, Santé, Société »*, CNRS/INSERM/DREES-MiRe 2005-2006.
- Hardy-Dubernet A.-C., Faure Y., 2006, « Le choix d'une vie... Étude sociologique des choix des étudiants de médecine à l'issue des épreuves classantes nationales 2005 », *Document de travail*, série Études et Recherche, DREES, n° 66, décembre.
- Lustman M., Vega A., 2007, « Les logiques des réseaux informels en médecine générale : la nécessaire personnalisation des métiers du soin », in *Sociologie Santé*, n° 27, décembre.
- Vega A., 2007, « Perceptions du travail et identité professionnelle : médecins salariés-médecins libéraux, même combat ? », in *Dossiers solidarité et santé*, DREES, n° 1, mars.
- Véga A., 2007, « Les comportements de cessation d'activité des médecins généralistes libéraux – tome I », *Document de travail*, série Études et Recherche, DREES, n° 73, décembre.