

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

SERIE
ÉTUDES ET RECHERCHE

**DOCUMENT
DE
TRAVAIL**

Activité et emplois du temps
des médecins libéraux

Julie Micheau, Éric Molière
Plein SENS

n° 98 – mai 2010

Cette publication n'engage que ses auteurs

Sommaire

Introduction	7
1. Des temps de travail élevés en moyenne mais très dispersés	9
Exemples d'emplois du temps	10
Une structure hebdomadaire de l'emploi du temps sur la base de jours travaillés choisis	16
Vacances : des choix très hétérogènes	20
Jours non travaillés et vacances : potentialités des cabinets collectifs.....	22
Des journées de travail longues	23
Un temps de travail annuel estimé élevé pour une majorité de praticiens	25
Des variations saisonnières significatives mais difficiles à mesurer.....	27
Une estimation du temps de travail qui ne compte pas tout.....	28
Le temps de formation professionnelle : entre travail et pause.....	29
Mesurer le temps de travail des médecins : une estimation forcément fragile.....	30
2. Forme des temps de travail : l'impact des spécialités et des choix d'organisation.....	32
Des emplois du temps en partie surdéterminés par la spécialité	33
Des organisations du travail diversement pensées et outillées.....	41
Le choix éventuel d'enrichir l'activité professionnelle.....	49
3. Le poids subjectif du temps : une question d'accomplissement.....	53
Intensité et qualité des temps de travail	53
Variantes du travailler trop	55
Gratifications et sentiment de justice	61
L'enjeu de l'accomplissement	66
Conclusion.....	75
Annexe 1 – Méthodologie.....	77
Annexe 2 – Bibliographie.....	95

Introduction

Il n'y a pas eu jusqu'ici de grande enquête quantitative sur l'activité des médecins libéraux qui viserait à poser une description fiable de cette activité et à comprendre ce qui motive son organisation : fiable dans la précision apportée sur la différenciation des activités et des tâches, fiable quand à l'estimation des temps consacrés à chacune (estimation de moyennes comme de dispersions), explicative quant aux choix opérés par les médecins, compréhensive quant à la façon dont les médecins perçoivent le temps qu'ils consacrent à leur activité professionnelle.

Il faut d'abord noter que les travaux existants sur l'activité des médecins libéraux portent pour une large majorité d'entre eux exclusivement sur la pratique des médecins généralistes. Notre étude vient confirmer que méthodologiquement, c'est sans doute pour eux que la question du temps et de son organisation, et donc de sa mesure par le statisticien est la plus complexe. Ces études ont fourni des données sur le temps de travail, les grandes familles d'activité qui composent ce temps, la part du temps médical et des temps connexes, la durée des consultations,... Le plus souvent leur objectif est de fournir une estimation moyenne du temps consacré à chaque type activité sur une semaine moyenne dont il est dit peu de chose de la représentativité. Il s'agit le plus souvent de travaux reposants sur des volumes restreints d'observation, souvent localisés (une région ou cinq régions) qui rendent fragile les estimations.

Il existe un résultat d'enquête sur un panel global de médecins inscrits au tableau de l'ordre, comprenant tant des spécialistes que des généralistes¹, qui pose quelques repères pour une comparaison entre spécialistes et généralistes mais qui ne mesure que le temps de travail global déclaré sans distinguer les différentes composantes de ce temps.

En l'état des connaissances, tout semble se passer comme s'il fallait arbitrer entre une mesure quantifiée relativement robuste de grandes catégories d'activités ou d'un temps de travail global, ou des mesures fragiles portant sur des catégories d'activité détaillées. En outre, la visée souvent « objectivante » de ces travaux s'attache rarement à décrire comment les médecins organisent leur temps, ni comment ce temps est vécu. Les temps choisis ne sont pas distincts des temps subis, les marges de manœuvres éventuelles du praticien ne sont pas repérables. Si certains travaux qualitatifs qui portent sur des thèmes comme l'épuisement professionnel ou la cessation d'activité éclairent plus nettement ces questions de choix et de qualité perçue de la pratique, à l'inverse, ils décrivent rarement l'organisation détaillée du temps de travail et des activités qui la compose.

Une synthèse récente sur les données existantes pour les généralistes conclut ainsi « notre étude révèle un manque de données représentatives et transparentes sur l'activité médicale des généralistes. Ce manque ne concerne pas seulement l'emploi du temps des praticiens mais aussi l'organisation des structures de soin (cabinet de groupe ou solo, secrétariat ou non...) et surtout le contenu de leur activité médicale. »²

¹ Danh Hao Dan B., Lévy D., Teitelbaum J., Allemand H. (2007) Médecins et pratiques médicales en France : 1967-1977-2007, CSDM, 48^{em} année, n° 4, oct-décembre.

² Le Fur Ph. (2009), « Le temps de travail des médecins généralistes – une synthèse des données disponibles », Irdes, Questions d'économie et de santé n° 144, juillet.

Pourtant la connaissance de cette « logique des temps » revêt un caractère essentiel dans un contexte démographique de recul de l'offre et d'accroissement de la demande de soins. C'est pourquoi la DREES a diligenté une étude qualitative auprès de médecins libéraux sur ce thème. Son objectif est double. Il s'agit d'une part, sur la base d'une enquête qualitative auprès d'un large panel de praticiens, de comprendre ce qui détermine les temps de travail des médecins, de décrire leur séquençement, la nature des tâches opérées, la perception et la maîtrise que les praticiens ont de cette organisation du temps. D'autre part, il s'agit dans une seconde étape d'étude, d'évaluer la faisabilité d'une enquête quantitative sur l'emploi du temps des médecins. Le présent rapport restitue les constats et analyses issus de l'enquête qualitative.

48 praticiens, 21 généralistes et 27 spécialistes ont ainsi été rencontrés lors d'entretiens approfondis d'au moins une heure, sur leur lieu de travail. L'échantillonnage raisonné a permis de représenter des cadres de pratique et des profils de praticiens variés³.

Beaucoup de ces entretiens ont été menés tôt le matin, dans la soirée, sur la pause méridienne, sur un créneau de consultations ou plus rarement sur un temps libre. Nous avons donc rencontré des médecins qui ont pris du temps pour nous recevoir malgré des plannings chargés et non des médecins qui auraient eu du temps du fait d'une activité peu dense.

Sans qu'on puisse parler de biais dans les résultats, il s'agissait de médecins souhaitant véritablement témoigner de leur activité, de leur vécu professionnel, avec parfois une inclinaison revendicative ou une envie forte de livrer leur histoire et leurs états d'âme. On peut ajouter que dans l'immense majorité des cas, nous avons été face à des médecins qui avaient de nombreux patients, de trop nombreux patients nous ont dit la plupart. L'échantillon est, à n'en pas douter, constitué d'une population très active et occupée.

Partant de ce matériau riche, notre ambition était double. D'une part analyser en détail la question de la mesure objectivée du temps en distinguant les temps/activités qui semblent aisément estimés des temps/activités qui, parce que saisonniers, aléatoires ou réalisés hors d'un cadre d'emploi du temps stabilisé font l'objet d'une mesure floue de la part des praticiens. Les constats posés dans la première partie de ce rapport qui est consacré à cette question de la mesure du temps de travail confirment les ordres de grandeur établis par les études antérieures quand aux niveaux moyens d'activité, mais surtout insistent sur les éléments de dispersion repérables.

Dans une seconde partie, c'est la composition et l'organisation des temps qui est décrite. Les différences structurelles entre les emplois du temps de généralistes et de spécialistes sont mises en évidence en même temps que la diversité des choix individuels d'organisation et d'outillage pour la gestion de l'activité, ou des choix de compléments d'activité hors du cabinet et de l'activité libérale « de base ».

Enfin, dans la troisième et dernière partie, c'est à la perception subjective du temps investi dans les activités professionnelles que nous nous intéressons. À bien les écouter, il apparaît en effet que la mesure du temps de travail des médecins ne peut se limiter à un décompte des heures, mais doit aussi et surtout, pour être bien comprise, être analysée à l'aune de la qualité

³ On trouvera en annexe page 77 une présentation détaillée de la méthodologie mise en œuvre. Une des limites de l'échantillon étant qu'il ne permet pas une analyse en propre de l'effet du secteur de conventionnement.

perçue des différents temps d'activité et plus globalement de la qualité perçue du projet professionnel effectivement réalisé et vécu.

1. Des temps de travail élevés en moyenne mais très dispersés

Est-ce que les médecins libéraux travaillent beaucoup ? Ce pourrait être la question posée dans cette partie. Nous nous intéressons pour commencer à la quantité de travail effectué par les médecins, en mesurant le temps consacré aux activités professionnelles. Nous verrons dans la partie suivante, qui porte sur l'organisation des différentes activités au cœur de la semaine, ce que sont les contenus d'activité et la forme des temps de travail.

Le premier niveau de réponse à cette question de la quantité de travail est plutôt : oui, les médecins travaillent beaucoup. Mais cette vérité en moyenne est loin de concerner tous les médecins.

Pour mesurer le temps de travail, il faut repérer une période de temps de travail suffisamment stable pour permettre une mesure. Pour les médecins, la première évidence est que le travail est organisé sur la semaine.

Nous poserons ainsi dans cette partie plusieurs constats :

- l'existence d'un emploi du temps hebdomadaire relativement stable ;
- une très grande dispersion entre praticiens du temps de travail hebdomadaire ;
- une très grande dispersion entre praticiens du temps de vacances ;
- au total, un niveau moyen d'activité élevé, très nettement supérieur à la moyenne d'activité d'un cadre supérieur.

Le premier constat est assez naturel et inscrit l'exercice de la médecine libérale dans une norme sociale des temps travaillés : la semaine. Mais il s'agit d'une semaine où les jours ne se ressemblent pas. C'est ce que nous verrons dans la deuxième partie. Les deux autres constats établissent qu'au total, l'intensité de l'activité professionnelle des médecins libéraux est très variable.

Bien sûr, les « mesures » faites en entretien ouvert ne peuvent être considérées comme des mesures exactes. Néanmoins, le nombre de jours travaillés et le nombre de semaines de vacances peuvent être considérés comme suffisamment indicatifs pour permettre une estimation grossière du volume d'heures de travail annuel. C'est cette estimation qui fonde le constat d'un volume de travail en moyenne important, voire très important.

Une mesure précise de ces données se heurtera à deux difficultés que nous détaillerons :

- une part d'activité « dans les marges » difficilement estimée par les médecins eux-mêmes, est sans doute plus approximative et en tout état de cause, elle est marquée par des variations saisonnières qui posent de délicates questions de mesure ;
- une saisonnalité de l'activité qui résulte à la fois d'effets structurels et d'aléas.

Exemples d'emplois du temps

En partant des éléments d'emploi du temps fournis en entretien comme des éléments stables et relativement quantifiables de l'activité, ont été établis des schémas approximatifs des agendas hebdomadaires des praticiens rencontrés. Malgré certaines limites sur lesquelles nous reviendront (flou sur l'ampleur de certaines activités, aléas des moments dans lesquels sont réalisées certaines tâches, saisonnalité), ces schémas permettent de saisir la diversité des horaires de travail des praticiens.

Légende :

consultations	
visites à domicile	
actes hors cabinet	
hôpital	
formation	
pause/déjeuner	
gestion-administration	
autre	

Généraliste : exemple 1

	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	Dimanche
07:00							
07:15							
07:30							
07:45							
08:00							
08:15							
08:30							
08:45							
09:00							
09:15							
09:30							
09:45							
10:00							
10:15							
10:30							
10:45							
11:00							
11:15							
11:30							
11:45							
12:00							
12:15							
12:30							
12:45							
13:00							
13:15							
13:30							
13:45							
14:00							
14:15							
14:30							
14:45							
15:00							
15:15							
15:30							
15:45							
16:00							
16:15							
16:30							
16:45							
17:00							
17:15							
17:30							
17:45							
18:00							
18:15							
18:30							
18:45							
19:00							
19:15							
19:30							
19:45							
20:00							
20:15							
20:30							
20:45							
21:00							
21:15							
21:30							
21:45							
22:00							
22:15							
22:30							
22:45							
23:00							

Généraliste : exemple 2

	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	Dimanche
07:00							
07:15							
07:30							
07:45							
08:00							
08:15							
08:30							
08:45							
09:00							
09:15							
09:30							
09:45							
10:00							
10:15							
10:30							
10:45							
11:00							
11:15							
11:30							
11:45							
12:00							
12:15							
12:30							
12:45							
13:00							
13:15							
13:30							
13:45							
14:00							
14:15							
14:30							
14:45							
15:00							
15:15							
15:30							
15:45							
16:00							
16:15							
16:30							
16:45							
17:00							
17:15							
17:30							
17:45							
18:00							
18:15							
18:30							
18:45							
19:00							
19:15							
19:30							
19:45							
20:00							
20:15							
20:30							
20:45							
21:00							
21:15							
21:30							
21:45							
22:00							
22:15							
22:30							
22:45							
23:00							

Généraliste : exemple 3

	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	Dimanche
07:00							
07:15							
07:30							
07:45							
08:00							
08:15							
08:30							
08:45							
09:00							
09:15							
09:30							
09:45							
10:00							
10:15							
10:30							
10:45							
11:00							
11:15							
11:30							
11:45							
12:00							
12:15							
12:30							
12:45							
13:00							
13:15							
13:30							
13:45							
14:00							
14:15							
14:30							
14:45							
15:00							
15:15							
15:30							
15:45							
16:00							
16:15							
16:30							
16:45							
17:00							
17:15							
17:30							
17:45							
18:00							
18:15							
18:30							
18:45							
19:00							
19:15							
19:30							
19:45							
20:00							
20:15							
20:30							
20:45							
21:00							
21:15							
21:30							
21:45							
22:00							
22:15							
22:30							
22:45							
23:00							

Généraliste : exemple 4

	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	Dimanche
07:00							
07:15							
07:30							
07:45							
08:00							
08:15							
08:30							
08:45							
09:00							
09:15							
09:30							
09:45							
10:00							
10:15							
10:30							
10:45							
11:00							
11:15							
11:30							
11:45							
12:00							
12:15							
12:30							
12:45							
13:00							
13:15							
13:30							
13:45							
14:00							
14:15							
14:30							
14:45							
15:00							
15:15							
15:30							
15:45							
16:00							
16:15							
16:30							
16:45							
17:00							
17:15							
17:30							
17:45							
18:00							
18:15							
18:30							
18:45							
19:00							
19:15							
19:30							
19:45							
20:00							
20:15							
20:30							
20:45							
21:00							
21:15							
21:30							
21:45							
22:00							
22:15							
22:30							
22:45							
23:00							

consultations	
visites à domicile	
actes hors cabinet	
hôpital	
formation	
pause/déjeuner	
gestion-administration	
autre	

Ophtalmologiste : exemple 7

	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	Dimanche
07:00							
07:15							
07:30							
07:45							
08:00							
08:15							
08:30							
08:45							
09:00							
09:15							
09:30							
09:45							
10:00							
10:15							
10:30							
10:45							
11:00							
11:15							
11:30							
11:45							
12:00							
12:15							
12:30							
12:45							
13:00							
13:15							
13:30							
13:45							
14:00							
14:15							
14:30							
14:45							
15:00							
15:15							
15:30							
15:45							
16:00							
16:15							
16:30							
16:45							
17:00							
17:15							
17:30							
17:45							
18:00							
18:15							
18:30							
18:45							
19:00							
19:15							
19:30							
19:45							
20:00							
20:15							
20:30							
20:45							
21:00							
21:15							
21:30							
21:45							
22:00							
22:15							
22:30							
22:45							
23:00							

consultations	
visites à domicile	
actes hors cabinet	
hôpital	
formation	
pause/déjeuner	
gestion-administration	
autre	

Psychiatre : exemple 8

	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	Dimanche	
07:00								
07:15								
07:30								
07:45								
08:00								
08:15								
08:30								
08:45								
09:00								
09:15								
09:30								
09:45								
10:00								
10:15								
10:30								
10:45								
11:00								
11:15								
11:30								
11:45								
12:00								
12:15								
12:30								
12:45								
13:00								
13:15								
13:30								
13:45								
14:00								
14:15								
14:30								
14:45								
15:00								
15:15								
15:30								
15:45								
16:00								
16:15								
16:30								
16:45								
17:00								
17:15								
17:30								
17:45								
18:00								
18:15								
18:30								
18:45								
19:00								
19:15								
19:30								
19:45								
20:00								
20:15								
20:30								
20:45								
21:00								
21:15								
21:30								
21:45								
22:00								
22:15								
22:30								
22:45								
23:00								

Une structure hebdomadaire de l'emploi du temps sur la base de jours travaillés choisis

Ces dix exemples témoignent de la variabilité des charges de travail (mesurées en heures travaillées) des médecins rencontrés et de la diversité des emplois du temps : jours travaillés et horaires se distinguent nettement d'un praticien à l'autre.

L'unité de temps pour décrire l'activité des médecins est la semaine : l'emploi du temps des médecins libéraux est le plus souvent hebdomadaire. Ceux qui ont un emploi du temps de « cadre » à temps plein (cinq jours sur sept et chaque jour étant équivalent) sont minoritaires. Pour décrire le temps de travail des médecins, il faut donc le plus souvent décrire l'emploi du temps de chaque jour de la semaine, car il est souvent différent d'un jour à l'autre.

Les journées ne sont pas les mêmes, parce qu'ils choisissent des amplitudes horaires modulées selon les jours, parce qu'ils ont plusieurs types d'activité (consultations et opérations, fonction hospitalière...), ou parce qu'ils ont des demi-journées ou des journées non travaillées en semaine, éventuellement compensées par un samedi matin travaillé.

Les deux tableaux des pages 17 et 18 présentent la structure hebdomadaire des jours travaillés pour tous les médecins interrogés. Sur 48 praticiens rencontrés, nous n'en comptons que 5 qui travaillent cinq jours sur sept pleins et avec des horaires assez stables et 5 autres qui travaillent 6 jours sur 7 avec des horaires comparables du lundi au vendredi, et faisant souvent une grosse demi-journée le samedi. Certes, on pourrait penser que ceux qui ont des horaires normés sont peut-être moins à même d'introduire une heure d'enquête dans leur emploi du temps. Cette hypothèse serait valable si par opposition, nous n'avions rencontré les autres que dans des plages « hors agenda », ce qui n'était pas le cas. Sans écarter la possibilité d'un léger biais, nous retenons que les agendas des libéraux sont très personnalisés, ce qui illustre d'ailleurs un des avantages souvent souligné du travail libéral : la possibilité de construire son emploi du temps.

À cette règle de l'emploi du temps de base hebdomadaire il faut ajouter deux modulations notables :

1. Des emplois du temps alternant deux types de semaines d'une part. Nous avons rencontré un médecin qui a un emploi du temps sur deux semaines lié au fait qu'il exerce en province et habite à Paris. Il alterne semaines de 5 jours et semaines de 3 jours mais il y a un nombre significatif de praticiens qui travaillent un samedi sur deux.
2. Des emplois du temps incluant des tours de gardes d'autre part. Le rythme des gardes dépend du nombre de médecins impliqués dans le système de permanence.

Tableau 1 - Éléments d'emploi du temps des Généralistes rencontrés

sexe	age	Jours travaillés							Quantum d'activité				Gardes	Hopital / Clinique
		Lu	Ma	Me	Je	Ve	Sa	Di	heures hebdo.	Semaines de vacances	Semaines de formation	Estimation heures travaillées annuelles		
F	35	0	1	0	1	0	0,6	0	24	6	1	1104		
F	32	0,5	1	0	1	1	0,5 / quinz.	0	55	11	1	2255		
H	40	1	0	0,5	1	0	0,5 / quinz.	0,5 / quinz.	33	7	1,5	1485	1 par sem, 3 sem sur 4	garde à l'hopital : service urgence
F	32	1	0,5	1	0,5	0,5	0,5 / quinz.	0	36	5	1,5	1692		
H	33	1	1	0	0,5	1	0,6	0	52	7	1	2340	3 we / semestre	Médecine du sport : 0,5 J/sem et 1J/mois
H	39	1	1	0	1	1	0	0	55	1,5	2	2778	1 week-end sur 6 et 1 soir par semaine	
F	42	1	1	0	1	1	0	0	40 à 45	12	1	1700		
F	50	1	1	0	1	1	0,5	0	45	7	2	2025		
H	59	1	1	0	1	1	0,5	0	45	5 à 6	0	2093	1 week-end sur 6 et 1 soir par semaine	
F	36	1	1	0	1	1	0,5	0	45 à 50	5 à 6	0	2209	1 nuit / quinzaine et 1 week-end / bimestre	
F	49	1	1	1	0	1	0	0	38	12	2	1520		
H	32	1	1	1	0	1	0,5	0	50 à 55	5	1	2468	2/ mois	
H	48	1	1	1	0,5	1	0,5	0	50	1	5	2550		
H	47	1	1	1	1	1	0	0	55	4	3	2640	1 soirée / 2 mois	mi-temps à l'hopital
H	29	1	1	1	1	1	0	0	60	6	2	2760	1 week-end sur 6 et 1 soir par semaine	
F	50	1	1	1	1	1	0	0	70	0	5	3640		hopital : 1,5 J / sem
H	35	1	1	1	1	1	0	0	50 à 55	4	0	2520		
H	62	1	1	1	1	1	0,5	0	56	3	0	2744		
H	50	1	1	1	1	1	0,5	0	65	5	1	3055	1/ mois	consult. gratuites en centre : 0,5 J + 0,5 J
H	48	1	1	1	1	1	0,5	0	55 à 60	4	1	2760		
H	29	1	1	1	1	1	0,7	0	60	2	0	3000	1 week-end sur 6 et 1 soir par semaine	

Lecture :

L'emploi du temps par jour fait figurer s'il s'agit de journées entières travaillées (charge : 1) ou de demi-journées (charge : 0.5).

Les volumes d'heures hebdomadaires sont les reconstitutions que nous avons faites à partir des déclaratifs horaires des médecins.

Le volume d'heures annuelles estimé résulte de la multiplication du volume horaire hebdomadaire et du nombre de semaines hors vacances.

Tableau 2 - Éléments d'emploi du temps des Spécialistes rencontrés

	sexe	age	Jours travaillés							Quantum d'activité				Gardes	Hopital / Clinique
			Lu	Ma	Me	Je	Ve	Sa	Di	heures hebdo.	Semaines de vacances	Semaines de formation	Estimation heures travaillées annuelles		
Chirurgie gén. et digestive	H	59	0,5	1	0	1	0,5	0	0	25	5 à 6	0	1163		intervention en libéral à l'hôpital privé : 2 demi-journées
Radiologie	H	59	0,5	1	0,2	0,5	0,5	0	0	24	3	1	1176		
Pédiatrie	F	35	1	0	1	1	1	0	0	40	5	3	1880		salariée mi-temps à l'hôpital : activité de recherche
Anesthésie Réanimation	F	41	1	1	0	1	1	0	0	33	6	0,5	1518		anesthésie en clinique : 4 demi-journées par semaine
Pédiatrie	F	65	1	1	0	1	1	0	0	45	9	2	1935		
Dermatologie	F	52	1	1	0	1	1	0	0	47	8	2	2068		une matinée d'intervention par semaine en clinique
Ophthalmologie	H	53	1	1	1	1 sem / 2	2 sem / 2	0	0	45	6	1	2415		intervention en clinique 2 matinées par semaine
Cardiologie	H	50	1	1	0,5	1	1	0,5	0	60 à 65	6	1,5	2852	par an et astreintes : 1 lundi sur 2 et 1 samedi sur 2	interventions en clinique tous les matins
Chirurgie orthopédique	H	51	1	1	0,5	1	1	0,5 / quinz.	0	45	8	0,5	1980		opérations et consultations libérales sur place
Gynécologie Obstétrique	F	56	1	1	1	0	1	0	0	40	?	1	?		
ORL	H	54	1	1	1	0	1	0,5	0	52	3	2	2548		deux matinées d'intervention en clinique
Ophthalmologie	F	66	1	1	1	0	1	matinée 1 sem / 2	0	43	7	2	1935		
Chirurgie orthopédique	F	38	1	1	1	0,5	1	0	0	38	5 à 6	2	1767		journées d'opérations et de suivi opératoire en clinique (libéral)
Gastro-entérologie	H	47	1	1	1	1	1	0	0	40	5	1	1880		mi-temps en clinique : endoscopies
Psychiatrie	H	43	1	1	1	1	1	0	0	55	6	1	2530		
Gastro-entérologie	H	50	1	1	1	1	1	0	0	55	5 à 6	1	2503		tous les matins : endoscopie en clinique
Cardiologie	F	36	1	1	1	1	1	0	0	50 à 55	5	1	2468		mi-temps hospitalier (4 demi journées)
Gynécologie Obstétrique	H	60	1	1	1	1	1	0	0	55 à 60	6 à 7	1	2674	3 ou 4 gardes de 24 heures par mois à l'hôpital	
ORL	F	43	1	1	1	1	1	0	0	45	5	3	2115		l'hôpital : 2 demi-journée et intervention en clinique : 1 j / quinz
Biologie médicale	F	45	1	1	1	1	1	0,5	0	44	7	0	1980		
Rhumatologie	F	33	1	1	1	1	1	0,5	0	50	4	2	2400	de théâtre, deux fois par semaine	2 matinées à l'hôpital
Psychiatrie	H	61	1	1	1	1	1	0,5	0	52	5	2	2444		
Chirurgie plastique	H	50	1	1	1	1	1	0,5	0	65	7	2	2925		mi-temps d'opérations réparti sur deux cliniques
Rhumatologie	H	60	1	1	1	1	1	0,5	0	65	5 à 6	2	3023		1 matinée en prison et 5 matinées à l'hôpital
Biologie médicale	H	52	1	1	1	1	1	0,5	0	65 à 70	0	0	3484		
Ophthalmologie	H	51	1	1	1	1	1	1 sam. / mois	0	58	6 à 7	1	2697		
Dermatologie	F	51	1	1	1	1	1	1	0,3	70	5	4	3290		mi-temps hospitalier + 2 journées en clinique

Ce qui est observé sur notre échantillon nous porte à penser que les trois cas de figure suivants représentent chacun une part substantielle des praticiens.

- Travail à « temps partiel », moins de 5 jours par semaine (avec éventuellement des grosses journées, mais au moins une demi journée non travaillée, parfois plusieurs). Ce cas de figure n'exclut pas le travail le samedi matin.
- Travail 5 jours par semaine, avec éventuellement une demi journée non travaillée en semaine compensée par le samedi matin.
- Travail 5 jours en semaine et le samedi matin (toutes les semaines ou une semaine sur deux).

Ces trois cas de figure se retrouvent tant chez les généralistes que chez les spécialistes. Néanmoins, il ne faut pas exclure qu'il y a des différences notables dans cette répartition selon les spécialités, que nous ne pouvons apprécier.

On notera que presque tous les praticiens travaillent le lundi et le vendredi. Pour les généralistes, le lundi est le jour le plus chargé avec les urgences du week-end. Un salarié serait peut-être surpris de constater que le vendredi est très systématiquement travaillé. Il n'y a donc pas de logique de week-end prolongé dans les choix d'allègement ou de répartition de la charge. Au contraire, près d'un praticien rencontré sur deux (spécialiste ou généraliste) travaille le samedi matin, soit toutes les semaines, soit une semaine sur deux. Il s'agit là d'une réponse à la demande des patients.

Nous n'avons rencontré qu'un généraliste qui consulte régulièrement le dimanche (un dimanche sur deux) et un médecin qui dit faire du travail administratif tous les dimanches. Pour les autres, hormis les gardes, le travail le dimanche est marginal.

Les journées ou demi-journées non travaillées sont le plus souvent les mardi, jeudi et pour les journées entières le mercredi. Le choix des jours travaillés dans les emplois du temps que l'on est tenté de qualifier de « temps partiel » car ne comptant pas cinq jours de travail pleins dans la semaine, n'est pas toujours délibéré.

Au chapitre des choix, on trouve évidemment celui de ne pas travailler le mercredi qui reste le jour le plus souvent non-travaillé (entièrement ou partiellement), en réponse au besoin familial de s'occuper des enfants. Ce choix ne concerne pas dans notre échantillon que des femmes, mais aussi des pères. Et il faut noter qu'il y a souvent une rémanence de ce choix au-delà de la présence des enfants au domicile et les journées « pour les enfants » deviennent avec les années des journées « pour soi ».

Le jeudi est le deuxième jour le plus fréquemment choisi pour faire une pause dans la semaine de travail, ceci en perspective d'un vendredi souvent lourd et d'un travail le samedi fréquent.

Dans un certain nombre de cas, les demi-journées ou journées non travaillées sont imposées ou héritées de l'organisation collective de la charge dans un cabinet de groupe. Imposées par exemple dans le cas de deux consœurs qui ne souhaitent travailler que 4 jours, seule l'une peut choisir le mercredi, hérité dans le cas d'une jeune médecin qui a repris en collaboration une clientèle et qui pour l'instant maintient l'emploi du temps de sa prédécesseur, ne travaillant pas le lundi matin et le mardi après midi.

Les journées présentées comme non travaillées sont d'abord des journées sans consultation ou actes médicaux. Elles sont cependant pour certains l'occasion de tâches professionnelles « annexes ». Ainsi un jeune père nous explique aller à la banque une fois son fils conduit au tennis, un médecin plus âgé raconte qu'il lui arrive de faire sa comptabilité le mercredi, un dermatologue s'efforce d'aller à Paris pour suivre un séminaire hospitalier le jeudi. Comme nous le verrons plus loin, tant le travail administratif que la formation occupent des plages horaires parfois floues, cela revient à relativiser dans les marges en partie la notion de jours travaillés et de jours non travaillés.

Ces résultats sont à rapprocher de mesures quantitatives établies par la CNAMTS à partir des données exhaustives d'actes remboursés par date.⁴ Ce travail statistique établit très clairement la saisonnalité hebdomadaire de l'activité : en semaine, le lundi comme journée d'activité la plus forte, suivie du vendredi, les jeudi et mercredi comme journées les moins denses et les moins souvent travaillées. Notre panel semble sous-estimer la part des médecins travaillant le dimanche sans toutefois que l'interprétation qui doit être faite des données de la CNAM soit aisée : près de 20 % des généralistes Femmes et 30 % des hommes réaliseraient des actes le dimanche mais au total ces actes ne représenteraient qu'environ 1 % de l'activité totale de la semaine. Il pourrait ainsi s'agir d'actes ponctuels ou de gardes, rarement présentés par nos interlocuteurs comme des journées travaillées à proprement parler.

Vacances : des choix très hétérogènes

Les week-ends prolongés, ponts, ou congés exceptionnels semblent rares. Les vacances prennent le plus souvent la forme de semaines de congés entières. Très concentrées sur les semaines d'été et plus précisément sur le mois d'août.

Les temps de vacances déclarés par les médecins rencontrés sont là encore très variables. Les travaux quantitatifs existants font une estimation d'un temps de vacances moyen entre cinq et six semaines par an⁵. Nous observons dans notre échantillon une dispersion forte entre 0 et 12 semaines de vacances par an et effectivement un mode autour de 5 à 6 semaines.

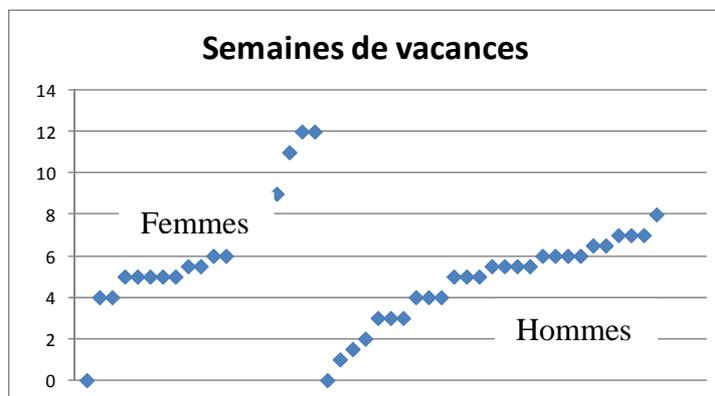
Ces chiffres tendent à dire que les médecins prennent moins de congés en moyenne que les salariés cadres. Pour mémoire, le temps annualisé de travail prévu par la loi pour un cadre au forfait est de 218 jours, ce qui équivaut à 6,4 semaines de congés payés et 11 jours fériés.

Concernant les vacances, il semble que la différence entre hommes et femmes soit notable : les temps de vacances les plus importants et très au-delà d'une norme sociale moyenne sont le fait de médecins femmes et les praticiens qui prennent très peu de vacances (moins de 4 semaines) sont essentiellement des hommes.

⁴ Fivaz C., Le Laidier S. (2001), « Une semaine d'activité des généralistes libéraux », Cnamts, Point Stat n° 33, juin.

⁵ Le Fur Ph. (2009), « Le temps de travail des médecins généralistes – une synthèse des données disponibles », Irdes, Questions d'économie et de santé n°144, juillet.

**Graphique 3 - Nombre de semaines de vacances annuelles
Comparaison Hommes/femmes**



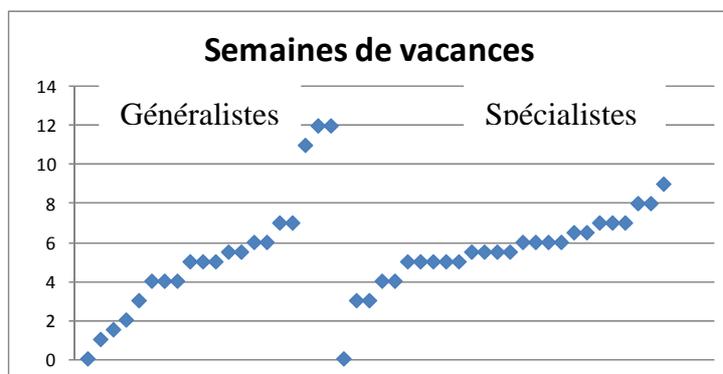
Nous n’observons pas d’effet d’âge sur le niveau des congés. Les quelques praticiens rencontrés qui prennent nettement moins de vacances que la moyenne sont pour deux d’entre eux des praticiens de plus de 50 ans totalement voués à leur activité professionnelle, pas tant en raison d’une demande de soin mais par choix personnel d’organisation de l’activité, ils ne prennent aucuns congés, deux autres généralistes en revanche semblent plutôt tenus par leur patientèle.

Des deux praticiens rencontrés qui ne prennent aucunes vacances, l’un est un biologiste « de quartier », comme il se définit, il ne souhaite ni fermer son laboratoire ni avoir recours à un remplaçant. Il souligne amusé que sa femme demande le divorce toutes les semaines mais sa vie est au laboratoire. L’autre est une femme généraliste de 50 ans, qui décrit son exercice comme « 50 % de passion et 50 % de militance ». Elle consacre en revanche 5 semaines par an environ à de la formation.

À l’inverse, les quelques femmes rencontrées qui disent « prendre toutes les vacances scolaires » sont dans des organisations collectives de travail qui s’appuient soit sur une alternance organisée soit sur des remplacements.

Sans assurance aucune quand à la robustesse de ce résultat : il apparaît ici que les spécialistes prennent plus rarement très peu de vacances (graphique 4). Il est vrai que l’enjeu de la continuité des soins n’est pas le même que pour les généralistes, du moins dans nombre de spécialités, en même temps que l’activité est plus rémunératrice en moyenne pour les spécialistes. Cependant, nous n’observons aucun effet notable du secteur de conventionnement sur le volume de vacances pris dans notre échantillon.

**Graphique 4 - Nombre de semaines de vacances annuelles
Comparaison Généralistes / Spécialistes**



Au total il est difficile de cerner un « cycle de vie sur les vacances ». Autant la diminution éventuelle du volume horaire hebdomadaire semble très directement dictée par des considérations de vie familiale, autant le volume de vacances semble plus difficile à expliquer.

Jours non travaillés et vacances : potentialités des cabinets collectifs

Pour la plupart des praticiens spécialistes rencontrés, les choix d'emploi du temps (jours travaillés dans la semaine et rythme des vacances) sont présentés comme des choix individuels ne résultant d'aucun arbitrage collectif. Même ceux qui sont en SCM (sociétés civiles de moyens) semblent avoir une conception très instrumentale de la SCM, il ne s'y joue pas ou très peu de collaboration médicale. Même quand ils exercent la même spécialité, et sans doute parce qu'il y a peu de questions de prises en charge urgentes, chaque praticien associé (parmi ceux que nous avons vus) garde une sphère de travail médical parfaitement autonome. Il n'y a pas de partage de fichier.

En revanche dans des cabinets collectifs de généralistes, il n'est pas rare d'entendre qu'un certain nombre de choix reposent sur des arbitrages qui engagent en partie le collectif. L'enjeu est ici de prendre en compte l'objectif de continuité des soins. Pour un généraliste, il est important de construire une solution pour les patients le temps de son absence : qu'il s'agisse d'une absence un jour de la semaine (temps partiel) ou d'une absence pour congés.

Les SCM de généralistes semblent ainsi en général, au-delà de l'association de moyens, être des lieux de mutualisation partielle de la prise en charge des soins. Cette mutualisation d'une part de l'activité vise à organiser une permanence des soins en permettant à chacun de travailler à temps partiel et/ou de prendre des vacances. Ce qui est partagé, c'est une répartition des jours d'absence.

Si les praticiens ne travaillent pas à temps plein, ils se répartissent les jours d'absence ce qui veut dire en particulier que tout le monde ne peut pas faire le choix de ne pas travailler le mercredi. Par ailleurs, ils prennent en charge, à plusieurs, la matinée du samedi (ou le dimanche pour le cabinet ouvert 7 jours sur 7 que nous avons vu).

Quand l'un est en congé, l'autre ou les autres sont là, avec parfois un emploi du temps alourdi pour celui qui reste actif. Certains médecins organisés en binôme et travaillant 4 jours par semaine se retrouvent à travailler 5 grosses journées (voire le samedi) les semaines où leur confrère associé est en vacances. Ainsi, dans certains des cabinets de généralistes en groupe, les vacances de l'un peuvent occasionner un changement d'emploi du temps du ou des autres, de façon à traiter la patientèle du praticien absent. Cela peut représenter une semaine double comme dans ce cabinet de deux généralistes offrant une permanence des soins sur 7 jours à deux : quand l'un part en vacances, l'autre travaille 7 jours. Cela peut représenter un jour de travail en plus dans la semaine comme dans le cas de cabinets où les praticiens sont tous à temps partiel avec un jour non travaillé.

On notera que pour permettre ce transfert des patients de l'un à l'autre, il faut une base de données partagée des patients. Cela veut dire un système informatique en réseau unique pour tous les praticiens du cabinet.

Des journées de travail longues

Difficile de parler d'horaires tant la forme des journées appartient à chacun. Néanmoins, un constat assez général s'impose : les journées travaillées sont longues. Nombre d'emplois du temps font apparaître des fins de journées de travail qui excèdent 20 heures. Il n'est pas rare de trouver des journées de 10 à 12 heures de travail. À cela, il faut ajouter des activités professionnelles possibles en soirée (groupe de travail, formation professionnelle continue, dossiers des patients...).

Les journées démarrent selon les praticiens entre 7h30 et 9h30, le plus souvent entre 8h00 et 9h00 et généralement plus tôt pour les généralistes que pour les spécialistes. L'amplitude de la journée varie en revanche selon les jours, soit en raison des horaires prévus, soit en raison de la variabilité de la demande. La saisonnalité sur la semaine est forte pour toutes les spécialités qui comptent des urgences en cabinet en raison des effets de bord du week-end. Elle est donc particulièrement marquée pour les généralistes et dans une moindre mesure les pédiatres, gynécologues. La journée du lundi est pour toutes ces professions présentée comme la plus lourde. Certains praticiens choisissent de faire quelques nocturnes : comme le samedi matin, il s'agit de répondre à la demande sociale et d'offrir des horaires accessibles aux actifs.

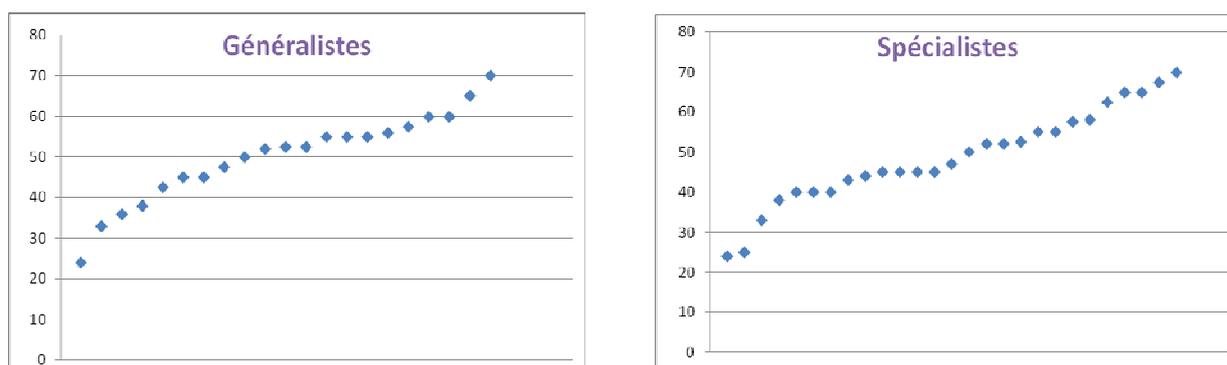
Dans leur travail sur *L'épuisement professionnel des médecins* (2004), Philippe DAVEZIES et François DANIELLOU soulignent la spécificité du travail des médecins généralistes qui consiste à ce que la charge soit maximale en fin de journée. C'est particulièrement vrai pour les médecins qui ont une consultation sans rendez-vous l'après midi. En plus d'être longue, la journée présente alors la caractéristique de se terminer « sur les chapeaux de roue » et à un horaire incertain.

Les praticiens que nous avons rencontrés travaillent au total entre 24 et 70 heures par semaine. Les données existantes sur le temps de travail des généralistes font état d'une moyenne estimée selon les études entre 53 et 60 heures par semaine pour les généralistes⁶ et une étude du CSDM fait état d'un temps de travail hebdomadaire moyen inférieur de 10 %

⁶ Le Fur Ph. (2009), « Le temps de travail des médecins généralistes – une synthèse des données disponibles », Irdes, Questions d'économie et de santé n° 144, juillet.

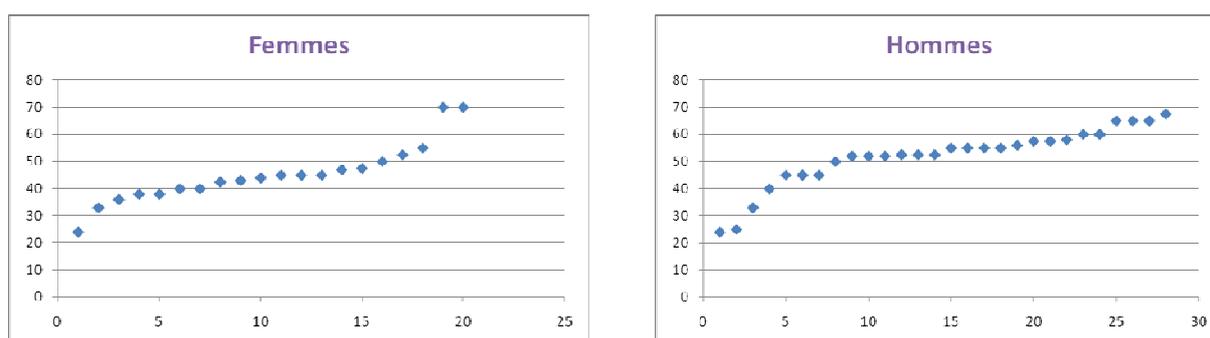
pour les spécialistes que pour les généralistes⁷. Dans notre échantillon, le temps de travail décrit est en moyenne de 50 heures pour les généralistes et de 49 heures pour les spécialistes (graphique 1), mais le mode de recueil qui n'identifie que les plages de travail fixes de l'emploi du temps minimise un certain nombre de tâches. Par ailleurs, notre échantillon ne peut prétendre à aucune représentativité statistique. Il révèle surtout que la notion de temps de travail moyen n'a pas véritablement de sens et que la dispersion des temps de travail hebdomadaire est très grande.

Graphique 1 - Heures de travail hebdomadaires estimées pour les praticiens enquêtés – comparaison généralistes/spécialistes



Conformément à ce qui est observé dans les travaux quantitatifs sur le temps de travail des médecins, la comparaison hommes-femmes (graphique 2) laisse apparaître une différence notable dans le nombre d'heures hebdomadaires. Plus rares seraient les hommes travaillant moins de 50 heures par semaine et à l'inverse, les femmes travailleraient le plus souvent entre 40 et 50 heures par semaine. Dans notre échantillon 4 femmes sur 21 travaillent plus de 50 heures par semaine contre 20 hommes sur 27.

Graphique 2 - Heures de travail hebdomadaires estimées pour les praticiens enquêtés - comparaison Hommes/femmes



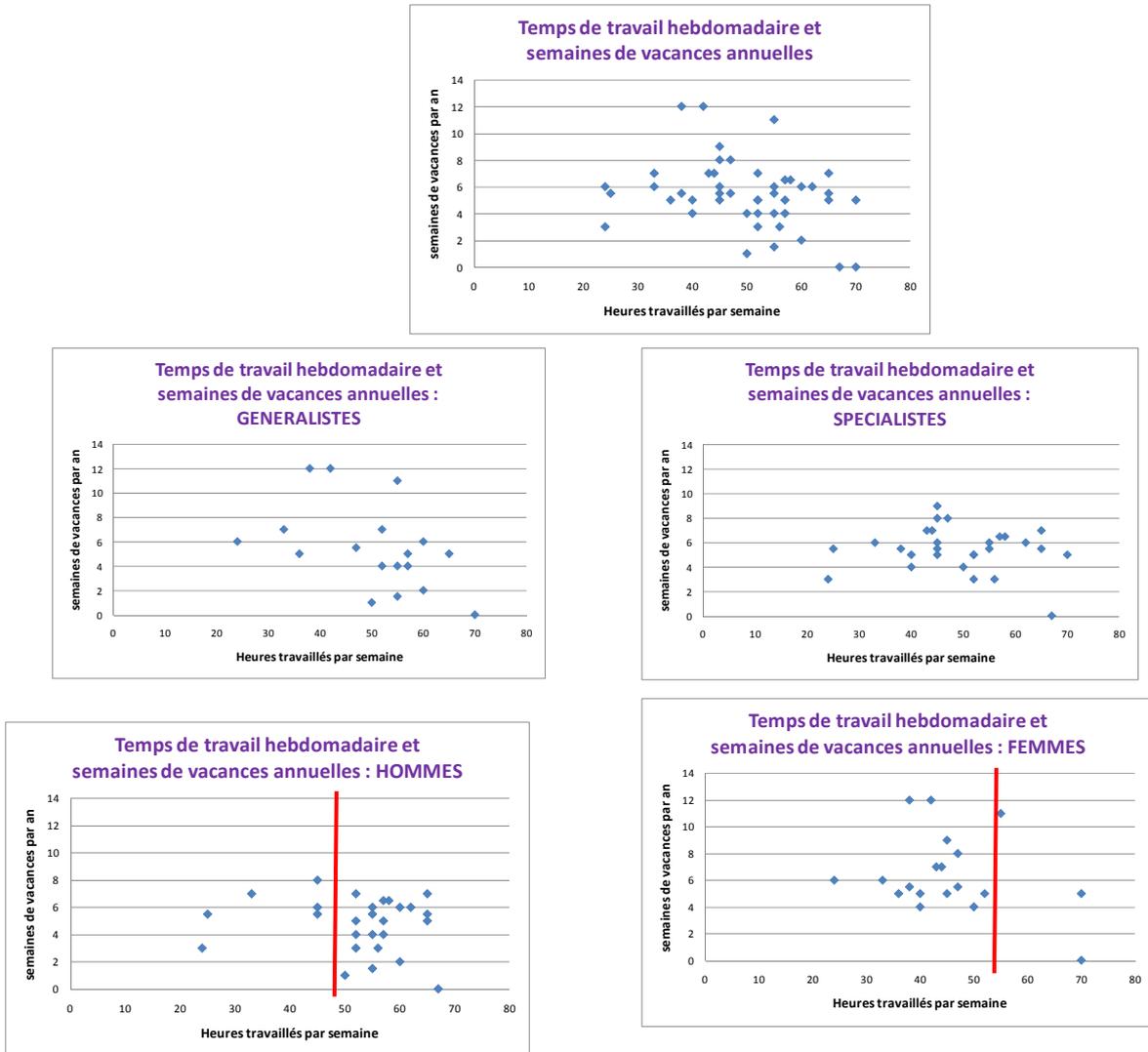
⁷ Danh Hao Dan B., Lévy D., Teitelbaum J., Allemand H. (2007) Médecins et pratiques médicales en France : 1967-1977-2007, CSDM, 48em année, n° 4, oct-décembre.

Un temps de travail annuel estimé élevé pour une majorité de praticiens

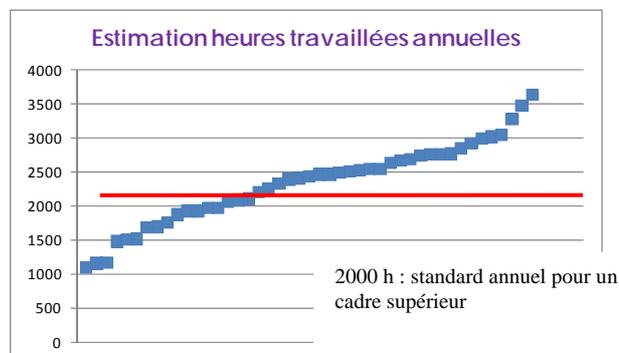
Les praticiens rencontrés travaillent donc entre 24 et 70 heures par semaine et prennent pour certains 12 semaines de vacances, pour d'autres, aucune. Même si les temps de travail hebdomadaires sont « déclaratifs » et moyens, ce n'est pas l'incertitude sur ces valeurs qui peut diminuer significativement les écarts d'activité constatés à l'aide de nos données. En croisant heures de travail hebdomadaires estimées et nombre de semaines de vacances déclarées par an, on constate que l'activité des praticiens varie du simple au triple et qu'il est difficile, sur la base de cet échantillon, d'identifier un mode (graphiques 5).

Sur ces bases déclaratives, et en assimilant les semaines de formation à des semaines d'activité, en ne tenant pas compte des éventuelles surcharges liées à des congés de confrère et de façon générale en ne tenant pas compte de toutes les saisonnalités (cf. infra) on estime que le nombre d'heures travaillées est compris entre 1100 et 3500 par an (graphique 6). Pour un cadre supérieur, si l'on compte une moyenne annuelle de 218 jours travaillés par an (forfait annuel prévu par la loi sur la réduction du temps de travail pour les cadres supérieurs), et une moyenne journalière de 9 heures par jour travaillé, on obtient une norme d'activité de l'ordre de 2000 heures travaillées par an. On voit ici que les médecins rencontrés sont assez souvent au dessus, voire très au dessus de ce standard.

Graphique 5 : Temps de travail hebdomadaire croisé avec le nombre de semaines de vacances annuelles



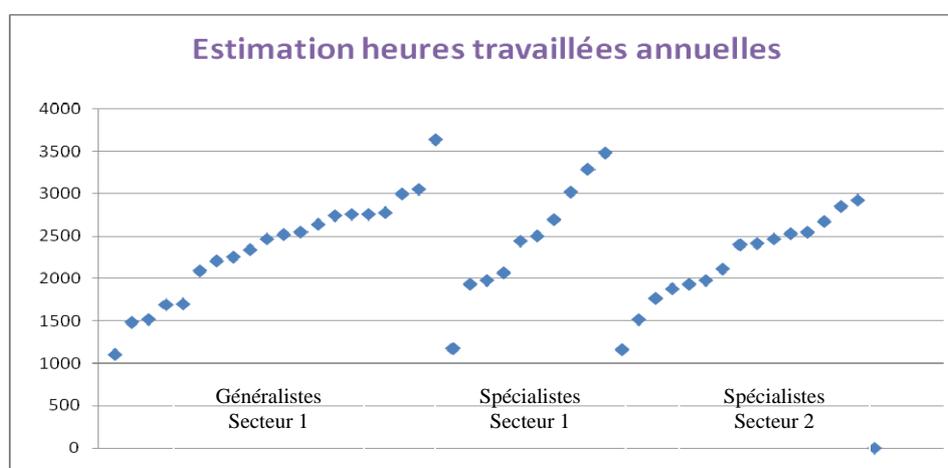
Graphique 6 - Répartition des volumes horaires annuels travaillés estimés pour l'échantillon de praticiens enquêtés



Comme le montre le graphique 7, notre échantillon ne tend pas à soutenir une hypothèse selon laquelle les plus grands quantums de travail concerneraient les généralistes seuls. Quand au secteur d'activité, même si nous n'avons pas rencontré de spécialistes avec des volumes extrêmes en secteur 2, l'échantillon est trop faible pour avancer une hypothèse et à tout le moins, ils sont un certain nombre à travailler plus de 2500 heures par an.

L'échantillon ne compte aucun généraliste en secteur 2 et ne permet pas de comparaison pour cette sous-population.

Graphique 7 - Répartition des volumes horaires annuels travaillés estimés en fonction de la spécialité et du secteur de conventionnement



Des variations saisonnières significatives mais difficiles à mesurer

En décrivant l'emploi du temps hebdomadaire de chaque praticien et en identifiant les semaines de vacances, on reconstitue l'emploi du temps annuel de façon assez grossière. Nous avons ci-avant, sur cette base, tenté un calcul d'heures travaillées annuelles à titre indicatif.

Néanmoins, plusieurs limites se posent à cette extrapolation annuelle sommaire :

- La saisonnalité épidémiologique : elle est très nette pour les généralistes et dans une certaine mesure pour les pédiatres, pour qui les périodes d'hiver, avec leurs lots d'affections saisonnières ou d'épidémies, font sensiblement varier le nombre d'heures de travail ; sur cette même période, certains chirurgiens orthopédistes sont confrontés à un pic d'activité lié aux accidents de sport d'hiver.
- La saisonnalité des vacances, avec deux types d'effets pour les praticiens qui restent en activité à ces périodes :
 - o Un effet de creux : en particulier pour les spécialistes, et plus particulièrement pour les spécialistes qui traitent peu d'urgences et qui ne risquent pas d'être affectés par l'éventuel départ en vacances des confrères environnants. Ce creux se traduit par des journées moins longues ou des « trous » dans la journée ;

- Un effet de suractivité que nous avons décrit pour ceux qui sont au contraire affectés par le départ des confrères. Le plus souvent, il s'agit de généralistes, pour lesquels les consultations peuvent rarement attendre :
 - avec des effets de reports entre cabinets,
 - ou avec une prise en charge organisée au sein d'un même cabinet : il arrive qu'entre deux associés à temps partiel, celui qui reste passe à temps plein les semaines où le confrère est en vacances, et vice-versa. Cela conduit dans certains cas à des semaines doubles, ou à tout le moins à des semaines avec un jour travaillé supplémentaire et des journées plus longues.

C'est sans doute pour les généralistes que les variations saisonnières d'activité sont les plus marquées et les plus difficiles à apprécier⁸. La saisonnalité des vacances constituera un sujet complexe pour une mesure quantitative, car elle mêle des effets liés à la moindre demande (et au contraire, localement, sur les lieux de vacances à des pics de demande de soins) et des effets liés à la diminution temporaire de l'offre de soins. La saisonnalité des épidémies pose elle une autre difficulté liée à l'aléa de calendrier et d'ampleur.

Nous avons rencontré nos interlocuteurs à la fin de l'hiver. Il n'y avait pas d'épidémies en cours. Il faut donc penser que les déclarations sur leur emploi du temps reflètent une activité moyenne à haute.

Il faut ajouter que les semaines d'hiver sont porteuses d'un certain paradoxe : elles sont très lourdes, les journées débordent et les retards sont fréquents. Mais la part des pathologies saisonnières qui causent ce surcroît de travail sont assez simples à soigner (les médecins contestent même parfois la nécessité de la consultation, sans toutefois ni pouvoir ni vouloir empêcher les patients de venir) et pour pénibles qu'elles soient, ces semaines-là sont très rémunératrices. Ce sujet, rarement évoqué, souligne une évidente tension qui, pour employer des mots à la mode, serait une tension entre « le gagner plus » et le « travailler plus », ou « travailler trop ».

Une estimation du temps de travail qui ne compte pas tout

Les données évoquées jusqu'ici (jours travaillés, nombre d'heures de travail hebdomadaires) sont souvent décrites par les praticiens comme celles du temps médical : celui de la consultation et des actes. Plusieurs activités inhérentes au métier viennent s'ajouter à ce temps de travail hebdomadaire sans qu'une mesure précise puisse en être donnée : une part du travail « de back-office » et la lecture professionnelle.

> Le temps de travail de la gestion et du suivi est difficile à apprécier

Pour les praticiens qui réservent des plages d'agenda fixes à cette partie de leur activité (matin avant la consultation, demi-journées dédiées), le temps que cela représente est à peu près

⁸ Si la saisonnalité du nombre d'actes est statistiquement établie de façon exhaustive par la CNAM (cf. Fivaz C., Le Laidier S. (2001), « Une semaine d'activité des généralistes libéraux », Cnamts, Point Stat n° 33, Juin.), l'estimation de la saisonnalité du temps de travail reste incertaine : le temps de 40 consultations d'une journée d'hiver en pleine épidémie de gastro-entérite n'est pas le double de celui d'une journée de juin à 20 consultations.

mesurable. C'est le cas des exemples 4, 6, 7 et 8 présentés respectivement pages 12, 13 et 14. Quand le schéma de l'emploi du temps présente des plages « jaunes », c'est-à-dire des plages consacrées aux tâches de gestion, cela signifie que les médecins identifient bien des temps relativement stables et programmés pour les réaliser. Par opposition, certains emplois du temps ne prévoient pas de telles plages. Dans ce cas les médecins réalisent ces tâches dans des marges et des temps variables, et donc peu mesurables.

En revanche, les choses sont plus floues pour ceux qui font ce travail le soir au cabinet après les dernières consultations, plus encore pour ceux qui emportent ce travail chez eux, et plus encore pour ceux qui ne traitent pas tout au fil de l'eau.

Interrogés sur le nombre d'heures que cela représente chaque semaine « en plus », ou les week-ends où « on s'y colle », certains médecins sont assez dépourvus pour annoncer un chiffre fiable. Il ne s'agit selon toute vraisemblance que rarement d'un temps qui excède 3 à 4 heures le déclaratif d'heures annoncé par semaine, sauf peut-être en période de clôture comptable, pour ceux qui font tout une fois par an. Il semble que des week-ends entiers peuvent alors « y passer », à la recherche « des colonnes qui ne tombent pas juste ».

Plus que la question du nombre d'heures, c'est peut-être celle de la pénibilité qui se pose pour ce type de travaux, et pour certains médecins seulement. Nous y reviendrons.

> Le temps de lecture professionnelle est un temps ajustable

Le temps de la lecture professionnelle est aussi difficile à évaluer que le temps administratif. La lecture est faite dans les interstices ou le soir et le week-end. Elle n'a pas le côté pénible des tâches administratives, et si elle est souhaitable, elle n'est pas obligatoire et n'a jamais le même caractère d'urgence.

Les médecins sont assez embarrassés pour estimer le temps qu'ils y consacrent. Il y a clairement des niveaux de pratique très différenciés, il y a surtout assez fréquemment le sentiment qu'il faudrait y consacrer plus de temps. Bien qu'essentiel aux yeux des praticiens les plus attachés à la formation continue, ce temps de lecture n'en demeure pas moins une variable d'ajustement. Ainsi cette jeune abonnée à Prescrire⁹, qui se désole du retard pris, ou cette gynécologue-obstétricienne expérimentée qui nous désigne la pile vacillante de journaux et revues à lire.

Le temps de formation professionnelle : entre travail et pause

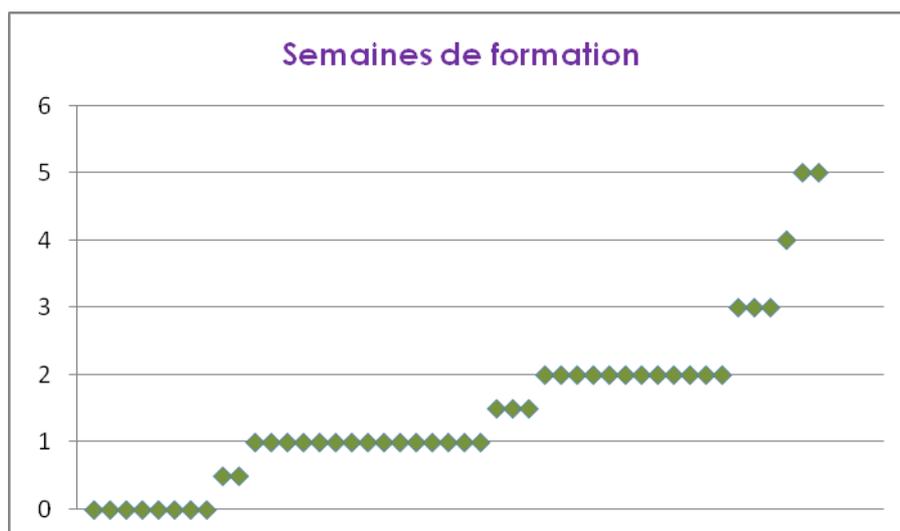
Nous avons volontairement, dans les estimations avancées jusqu'ici, assimilé les semaines de formation à des semaines de travail. À quelques dizaines d'heures près par an, cette assimilation est de peu d'effet.

⁹ Revue d'auto-formation publiée par une association (l'Association Mieux Prescrire (AMP)) qui se donne pour objectif de « fournir aux professionnels de santé les informations de référence qui leur permettent d'assurer leur propre démarche de qualité auprès des patients » et qui se produit une information qui se veut préservée « des influences économiques, politiques et financières des firmes intervenant dans le domaine de la santé comme de celles des organismes chargés de l'organisation des systèmes de soins, et plus généralement de l'influence d'intérêts particuliers ». Le bilan financier fait état de près de 15000 généralistes abonnés.

Quantitativement, la formation concerne la très grande majorité des praticiens, à raison le plus souvent d'une à deux semaines par an. À cela s'ajoutent des séances de formation médicale continue (FMC) locales, le plus souvent en soirée, ce qui peut représenter de un à deux soirs par mois pour les plus assidus. Les formes de formation semblent plus souvent prendre la forme de formation locale en soirée (associative ou organisée par des laboratoires) pour les généralistes et de congrès pour les spécialistes.

Nous reviendrons sur les motivations de ces formations pour ne retenir ici que le statut à part du temps consacré à la formation. C'est un temps qui est un entre deux entre le travail vu d'abord comme la stricte activité médicale et la « récréation ». C'est à n'en pas douter un temps important professionnellement mais il se passe dans des conditions moins exigeantes que le temps des actes. À l'exception des formations diplômantes qui impliquent une part de participation active et de travail personnel, les congrès ou les séances de FMC locales sont des temps plus passifs en même temps qu'ils sont un temps de sociabilité appréciée.

Graphique 8 - Répartition du nombre de semaines de formation médicale et professionnelle déclarée par les praticiens interrogés



D'un strict point de vue comptable, il convient bien de compter le temps de formation comme un temps de travail mais c'est pourtant un temps de nature différente et qui représente dans l'ensemble une charge perçue moindre.

Mesurer le temps de travail des médecins : une estimation forcément fragile

Sans même distinguer les différents types d'activité qui composent le temps professionnel des médecins et que nous allons examiner dans la partie qui suit, nous avons dans cette première partie cherché à estimer un temps de travail global des médecins : enveloppe de tous les temps occupés à des activités professionnelles.

Si le résultat général posé en titre de cette partie : « des temps de travail élevés en moyenne mais très dispersés » ne nous semble pas pouvoir être remis en cause, en revanche il est assez difficile d'y apporter de la précision. Certes les emplois du temps sont hebdomadaires, certes

les temps de vacances sont vraisemblablement bien repérables mais les facteurs de saisonnalités, et la difficulté qu'il y a pour des praticiens à mesurer certaines activités (celles-là même qui fondent parfois leur plainte) sont deux paramètres forts qui réfrènent un peu l'enthousiasme qu'il pourrait y avoir à vouloir faire une mesure quantitative précise par enquête du temps de travail. Sans être impossible, une telle démarche nécessiterait un travail méthodologique poussé, un investissement assez lourd, un travail de redressement délicat à partir de données d'actes pour prendre en compte la saisonnalité et in fine, fournirait des résultats sans doute fragiles.

Par ailleurs, une mesure quantifiée en heures de l'activité pose de façon implicite une forme d'équivalence entre toutes les heures travaillées. Or nous allons voir dans la partie qui suit qu'il y a des qualités d'activité qui rendent les heures de travail très inégales entre elles. Toutes les heures ne se valent pas et selon les activités et plus encore selon les contextes globaux d'exercice, certaines heures pèsent et d'autres pas. Il nous parait que plus que de mesurer le temps passé, il faut prioritairement chercher à comprendre ce qui fait la qualité vécue du temps. La véritable pesée du temps de travail, pour les médecins comme pour d'autres, repose sur une estimation subjective de la valeur des temps, dans leur détail et dans leur ensemble.

2. Forme des temps de travail : l'impact des spécialités et des choix d'organisation

La principale caractéristique des temps d'activité professionnelle des médecins est le fractionnement. Ce dernier est lié aux différents types d'activités exercées (consultations, interventions, recherche...), aux différents types des lieux de travail et au fractionnement même des plages de consultation ou d'intervention. Les médecins ont des journées où ils passent leur temps à commencer de nouvelles séquences de travail à intervalles rapprochés.

La quantité d'heures de travail varie fortement d'un médecin à l'autre, mais la forme des temps de travail est elle aussi extrêmement disparate. Les dix exemples présentés pages 11 à 15 donnent à voir cette disparité.

On pourrait attribuer cette diversité aux seuls choix individuels, aux effets des contraintes exogènes liées au cycle de vie, aux situations familiales, au goût de tel ou tel pour une activité plutôt qu'une autre. Toute cette variance existe. Elle est d'autant plus présente qu'il y a dans le statut libéral cet avantage à exercer une part de choix dans ses activités et son temps de travail.

Néanmoins, il nous semble important de souligner que la composition des emplois du temps est largement structurée par la spécialité. Certes, deux médecins de la même spécialité n'auront pas forcément les mêmes journées de travail. Cependant il y a des différences déterminantes entre les spécialités, qui font qu'un psychiatre n'aura jamais les mêmes formes de journées qu'un généraliste ou qu'un chirurgien.

Il est important de s'arrêter en première analyse sur ces différences structurelles. Si les emplois du temps d'activité libérale des diverses spécialités (y compris la médecine générale) ne se ressemblent pas c'est que selon les cas :

- Le temps des consultations moyens ne sont pas les mêmes
- La variance du temps des consultations n'est pas la même
- Il y a des urgences ou pas
- Il y a des visites à domicile ou pas
- Il y a une activité hospitalière ou en clinique ou pas
- Les patients sont suivis et récurrents, ou vus ponctuellement

Ces caractéristiques, propres à chaque spécialité, déterminent :

- La variété des lieux de travail (cabinet, hôpital, clinique, domicile)
- Une certaine forme d'intensité du travail (nombre d'actes par heure)
- La prévisibilité du déroulement de la journée de travail (part des urgences et variance des temps de consultation).

Ces caractéristiques induisent des déroulements de journées de travail structurellement différentes et donc des organisations du travail pensées différemment. Interviennent alors des choix d'organisation qui permettront ou non au praticien d'avoir le sentiment de travailler dans la maîtrise des événements.

Des emplois du temps en partie surdéterminés par la spécialité

Nous avons au mieux rencontré deux représentants d'une même spécialité. C'est sur cette base très légère que nous nous sommes risqués à établir une analyse qui vise à identifier quelques caractéristiques de l'exercice médical par spécialités explicatives de la forme des temps : diversité des temps, intensité.

Nous avons fait figurer dans un seul tableau (page suivante) ces caractéristiques grossièrement définies. Nous revenons dans cette partie sur chacune des dimensions qui constituent ce tableau.

Ce sont les dimensions de l'analyse qui nous semblent devoir être soulignées. Elles constituent une base de travail pour réfléchir plus avant aux formes de travail propres à chaque spécialité. Elles sont en tous cas des pistes de question pour une enquête extensive sur les activités, le temps de travail, leur forme et leur perception.

Dans les spécialités rencontrées, la radiologie et la biologie médicales sont à part. Nous avons pu constater la diversité d'organisation pour ces deux spécialités mais il faut les distinguer des autres, qui comprennent toutes une activité de consultation structurante.

> Patientèle suivie ou occasionnelle

Certaines spécialités sont des spécialités d'expertises ponctuelles. Il peut s'agir d'expertise de diagnostic ou d'expertise chirurgicale. D'autres des spécialités de suivi : suivi de patients ou suivi de pathologies chroniques.

Pour l'essentiel de sa patientèle, un gastro-entérologue ne verra son patient qu'une fois (entendons par là : une consultation et une exploration fonctionnelle éventuelle). Un chirurgien ne verra son patient qu'une ou deux fois avant l'opération. Il lui rendra visite le temps éventuel de son hospitalisation et le reverra en consultation de suite une ou deux fois.

Un pédiatre suit des enfants ; un généraliste suit ses patients fidèles ; un psychiatre suit ses patients en thérapie longue, médicamenteuse ou psychothérapeutique. Il s'agit de parcours de plusieurs années, voire de plusieurs dizaines d'années.

Entre ces deux extrêmes, il y a des spécialités où les formes de suivi sont plus variées. De cette forme de suivi découle le renouvellement de la patientèle : nouvelle à chaque consultation ou presque, ou au contraire connue de longue date. Il est difficile d'identifier ce qui se joue dans cette différence de suivi de la patientèle : est-ce un facteur d'intensification ou est-ce un facteur de routine ?

Cette différence, qui n'est visible qu'avec du recul pris sur l'ensemble des spécialités, n'est assez naturellement pas soulignée par les médecins. Mais dans la perspective d'une enquête, il nous paraît intéressant d'envisager la question.

Tableau 3 - Éléments caractéristiques des spécialités

Spécialité	Fréquence de suivi des patients	Durée des consultations	Spécificité de la consultation	Urgences	Visites à domicile	Activité hors cabinet
Généraliste	patientèle suivie	5 à 45 minutes, majoritairement entre 10 et 20		oui	en général mais dépend fortement du praticien	non
Gynécologie Obstétrique	patientèle suivie	20 à 30 minutes	échographie : dépend du praticien	oui	non	oui
Ophthalmologie	patientèle suivie	10 à 15 minutes	contribution du patient (optométrie)	rares	possibles, rares	oui
Pédiatrie	patientèle suivie	15 minutes	déshabiller long	oui	possibles, rares	non
Psychiatrie	patientèle suivie	20 minutes : suivi standard / 45 minutes : thérapie		rares	non	non
ORL	patientèle suivie et patientèle ponctuelle	10 à 15 minutes	contribution du patient (si audiogramme)	rares	possibles, rares	oui
Rhumatologie	patientèle suivie et patientèle ponctuelle	15 minutes		rares	non	non
Dermatologie	patientèle suivie et patientèle ponctuelle	15 minutes		rares	non	dépend des praticiens : chirurgie
Chirurgie plastique	consultation pré et post opératoire, peu de suivi	30 à 45 minutes		non	non	oui : chirurgie
Chirurgie gén. et digestive	consultation pré et post opératoire, peu de suivi	15 à 30 minutes		non	non	oui : chirurgie
Chirurgie orthopédique	consultation pré et post opératoire, peu de suivi	15 minutes		non	non	oui : chirurgie
Cardiologie	suivi espacé : contrôle à 6 mois et 3 ans	30 minutes	électrocardiogramme	oui	non	oui : chirurgie
Gastro-entérologie	consultation unique majoritaire minorité de patients chroniques	15 minutes		rares	non	oui : endoscopie
Anesthésie Réanimation	consultation unique	15 minutes		non	non	oui
Médecine vasculaire	patientèle suivie et patientèle ponctuelle	15 minutes à 1 heure et plus	doppler	oui	non	non
Radiologue	peu de contacts : lecture et comptes rendus	-		oui	non	non
Biologie médicale	peu de contacts : validation de résultats	-		oui	oui	non

> Des plages de consultation aux rythmes très différents selon les spécialités

Les plages de consultation au cabinet ont des formes très différentes selon les spécialités. La durée moyenne d'une consultation varie fortement d'une spécialité à l'autre. Il semble aussi qu'au sein de chaque spécialité, la durée des consultations soit plus ou moins variable selon que les consultations se ressemblent ou pas : un gastro-entérologue fait état d'un seul type de consultation, un cardiologue également, un pédiatre non.

La durée des consultations varie de 5 à 10 minutes en période d'épidémie pour un généraliste à 45 minutes et une plage réservée d'une heure par patient pour un psychiatre ou pour une urgence en médecine vasculaire, pour ne citer que les deux extrêmes. Entre les deux, une bonne partie des consultations de spécialistes durent environ 15 minutes, sauf pour celles qui incluent des examens longs : échographie, électrocardiogramme, doppler...

C'est pour les généralistes que la variance des durées de consultation est potentiellement la plus grande. Notre enquête par entretien ne nous a pas permis de faire des observations mais il existe de nombreux travaux sur les durées des consultations des généralistes¹⁰. Les praticiens nous ont pour l'essentiel dit prendre le temps qu'il fallait pour chaque consultation sans que nous soyons en mesure d'observer les éventuels ajustements qu'ils opèrent et les moyens qu'ils ont de presser le pas dans certaines circonstances.

Les consultations pédiatriques ont des caractéristiques assez similaires à celles des généralistes : elles ont une certaine variance. Néanmoins, les pédiatres rencontrés soulignent que 80 % de leurs consultations sont des consultations de suivi d'enfants « qui vont bien » et sont donc de longueur assez standard.

Pour les autres spécialistes, les consultations d'un même praticien semblent assez normées. Certes, il y a toujours un aléa dans toutes les consultations, même pour les spécialistes :

- complexité du cas,
- capacité du patient à décrire ou à participer à la consultation (en particulier en ophtalmologie),
- âges pour lesquels le déshabillage ou le rhabillage éventuel est long,

mais la durée peut être estimée à l'avance en fonction du type de consultation : contrôle, examen technique, première consultation. Reste que cette durée a priori connue n'est pas forcément facile à intégrer de façon fine dans la programmation. Nous y reviendrons au chapitre portant sur l'organisation du travail.

Les consultations les plus longues sont les consultations psychiatriques. Les psychiatres rencontrés programment pour leurs patients en suivi thérapeutique 30 à 45 minutes de consultation. Les non psychiatres qui traitent une partie de ces pathologies psychologiques ou

¹⁰ Mesurée par enquête auprès de 922 généralistes, une étude de la DREES pose une estimation à 16 minutes de la durée moyenne des consultations des médecins généralistes. Un tiers des consultations dure moins de 15 minutes, près de 40 % dure entre 15 et 19 minutes et près de 20 % entre 20 et 24 minutes, laissant 10 % environ de consultations de plus de 25 minutes. In : Labarthe G., (2004) « les consultations et visites des médecins spécialistes » un essai de typologie », Drees, *Études et Résultats* n° 315, juin.

psychiatriques (généralistes et pédiatres) doivent dégager un temps important pour cette prise en charge souvent jugée problématique pour des non spécialistes¹¹.

L'autre élément déterminant de la forme des temps de consultation est l'exposition aux urgences. Toutes les spécialités n'y sont pas également confrontées. C'est là encore le médecin généraliste qui est le plus concerné. Mais les pédiatres, les gynécologues, les angiologues assurent également une part substantielle de consultations urgentes.

Au total, les plages de consultation sont donc une succession de séquences régulières allant d'une heure à quinze minutes et fixés relativement longtemps à l'avance selon les spécialités, ou au contraire une succession de séquences de durées variables et/ou aléatoires en tout ou partie fixées dans des temps très rapprochés pour les généralistes qui remplissent leur agenda au jour le jour, parfois sur deux ou trois jours. À l'inverse, il n'est pas rare de voir des spécialistes donner des rendez-vous à plus d'un mois. On voit par là que la question de l'organisation du travail quotidien ne se pose pas dans les mêmes termes pour les uns et pour les autres. Si l'on ajoute à cela que ce sont les généralistes qui doivent faire face à la plus grande variance dans les temps de consultation, il est évident que l'organisation des plages de rendez-vous est beaucoup plus complexe pour eux. La maîtrise du temps de consultation est une question de programmation pour certains praticiens et une question de capacité à gérer les imprévus au jour le jour pour d'autres.

> Des rythmes de consultation propres à chaque praticien

Si une part de la variance des temps de consultation est déterminée a priori par la spécialité, il n'en demeure pas moins que chaque praticien a par ailleurs son rythme. On comprend à écouter le récit de leur vie au travail, que certains choisissent d'aller vite, que d'autres choisissent de prendre du temps avec chaque patient et que d'autres enfin ont le sentiment de se faire imposer un rythme de consultation. Là encore c'est entre les généralistes que nous sommes le plus à même d'identifier des approches inter-individuelles spécifiques, mais quelques exemples de spécialistes montrent que la question est générale.

Un radiologue qui a un cabinet assez luxueux, emploie deux secrétaires, réalise de nombreux actes chirurgicaux dans une clinique, « fait des semaines de 65 heures », et se définit comme « bavard ». Ses consultations durent chacune une demi-heure, les examens qu'il doit faire prennent du temps, une grande part de sa patientèle est âgée, mais surtout il aime parler.

Une généraliste installée seule en milieu rurale décrit une situation professionnelle beaucoup moins aisée et à certains égards moins gratifiante. Elle fait face à une demande très importante et doit assurer son rôle de mère. Elle décrit ses journées de travail comme une course et cependant elle reconnaît prendre du temps pour ses consultations.

Être « bavard », c'est à la fois être moins efficace au regard de normes productives imaginaires, mais c'est une façon d'être médecin qui semble peu modifiable pour ceux qui se disent « atteints », car c'est d'évidence pour eux un facteur d'équilibre.

¹¹ Il est estimé à 10 % la part des consultations chez le médecin généraliste qui sont motivés par des problèmes psychologiques ou psychiatriques. In : Labarthe G., (2004) « les consultations et visites des médecins spécialistes » un essai de typologie », Drees, *Études et Résultats* n° 315, juin.

À l'inverse un urgentiste nous parle de sa consultation de médecine générale de ville : « personne ne comprend qu'une consultation puisse durer quelques minutes ». Il fallait entendre par là que la durée moyenne des consultations de ce médecin est particulièrement faible. Alors qu'un autre généraliste nous explique qu'une bonne durée moyenne, c'est 20 minutes, on comprend que sa durée moyenne est, guidée par les réflexes et l'assurance acquise dans le traitement des urgences, beaucoup plus basse. Un autre généraliste qui a fait deux années de SAMU nous dit également avoir appris à aller vite.

Bien sûr, nous n'avons recueilli que du discours et n'avons pas observé ces durées. Les travaux qui cherchent à comprendre cette variance tiennent compte de la patientèle et des pathologies traitées. Néanmoins, on comprend que la question de la vitesse de l'exercice est une question centrale de la perception que les praticiens ont de leur pratique.

Ce qui apparaît comme un facteur de désagrément fort dans l'exercice ce sont toutes les consultations que les praticiens vivent comme pressées. Cette pression vient de l'objectif éventuel de ponctualité qu'ils ont ou encore de la perception qu'ils ont d'une pression externe : la salle d'attente qui se manifeste, le fait d'être attendu chez soi le soir. Nous sommes portés à croire qu'elle vient aussi parfois du sentiment que le temps passé est correctement rémunéré ou pas : ainsi les visites « qui prennent du temps » ou les consultations à caractère psychologique ou psychiatrique.

> Consultation libre ou rendez-vous : un arbitrage pour les généralistes uniquement

Le choix entre consultation sur rendez-vous et consultation libre ne concerne que les généralistes. Dans notre échantillon de 20 généralistes : 13 praticiens imposent ont des consultations uniquement sur rendez-vous, 2 ont des consultations uniquement libres et 5 mixtes.

Pour les généralistes, le passage au rendez-vous est présenté comme un mode de régulation de la charge de travail. Passer de la consultation libre au rendez-vous, c'est normalement réduire un peu sa charge horaire, à tout le moins se donner le sentiment ou la possibilité de la maîtriser, et corollairement c'est faire le choix de réaliser moins d'actes, voire des actes un peu plus longs.

Il s'agit en fixant un rendez-vous de contrôler l'accès à la consultation. Cela étant, pour ceux qui sont sans moyen de contrôler finement l'accès au cabinet, c'est-à-dire ceux qui n'ont pas de personnel d'accueil, c'est un artefact qui peut ne pas être parfaitement efficace car les patients viennent parfois s'asseoir sans rendez-vous dans la salle d'attente.

Une généraliste en milieu de carrière exerçant dans un quartier difficile et passée par un épisode d'épuisement professionnel explique que pour lever le pied elle a supprimé toutes les consultations libres. Ses confrères qui ont maintenu tout ou partie de leur consultation sans rendez-vous décrivent les situations de tension auxquelles ils sont exposés, sans toutefois que cela ne les affecte nécessairement. La consultation libre est un exercice lourd. La consultation libre, c'est une forme de réponse à une demande des patients. Ils sont sûrs d'être vus le jour où ils se présentent au cabinet. Cela fait peser sur le praticien un aléa de charge important. La plage de consultation libre est par nécessité placée en fin de journée, tout l'après-midi ou une

partie de l'après-midi. La porte du cabinet est fermée à une heure dite mais il faut recevoir tous les patients qui se trouvent dans la salle d'attente à ce moment-là.

C'est une forme de consultation qui produit naturellement une « pression » de la salle d'attente, et indépendamment de la façon dont le praticien vit cette pression, cela peut occasionner des tensions entre patients ou des tensions entre des patients et le secrétariat. Au total, cette forme de premier recours (le médecin soigne qui se présente à lui) est une forme de travail très exigeante : le temps de travail est aléatoire et plus dense en terme de nombre de patients vus. Les travaux sur le temps des consultations montrent en effet qu'elles sont en moyenne plus courtes sans rendez-vous que sur rendez-vous¹², cela signifie donc aussi que le fractionnement du temps est encore plus important.

Nous n'avons pas d'éléments robustes pour mesurer la part des consultations ouvertes et de consultations sur rendez-vous. Nos entretiens nous portent cependant à penser mais sans pouvoir l'affirmer que la pratique de la consultation libre serait en régression. Quel est l'effet de ce choix sur la mission de premier recours de la médecine générale ? Nous ne pouvons bien sûr rien quantifier. Dans certains cas, le nombre de patients reçus diminue avec la suppression de la consultation libre (c'est du moins ce qui est recherché) et on peut considérer que le praticien négocie les obligations du premier recours. À l'inverse, dans d'autres cas, on comprend que cette régulation du nombre est très limitée malgré le rendez-vous et on ne peut interpréter l'absence de consultation libre comme le signe évident d'un abandon d'une part des obligations du premier recours.

Comme nous le verrons plus loin, la façon d'organiser les rendez-vous laisse plus ou moins de place aux urgences, et est plus ou moins souple. Ainsi, si certains praticiens recourent au rendez-vous pour réguler strictement le nombre et le rythme des rendez-vous, il en est d'autres pour qui le rendez-vous n'est qu'un principe et il semble qu'ils admettent, malgré ce principe, de nombreuses consultations en surnombre : dans les plages éventuellement réservées aux urgences et volontairement laissées sans rendez-vous anticipé, ou même en surplus au-delà de ces plages de « débordement » prévues. In fine, notre protocole d'enquête ne permet pas du tout d'apprécier combien et dans quelles circonstances les patients se trouvent sans recours possible à un généraliste, et combien se tournent in fine vers un service d'urgence. Mais il est clair qu'on ne peut interpréter le recours au rendez-vous comme un moyen de fermer strictement la consultation à des pics de demande et à qui se présente.

> Des gardes et des visites à domicile pour les généralistes uniquement

Les gardes pour les libéraux sont loin d'être systématiques. Nous ne parlons pas ici de gardes éventuelles à l'hôpital réalisées par des médecins qui font des vacances ou des temps partiels hospitaliers. Les gardes « de ville » concernent principalement les généralistes et sont assez inévitables en milieu rural. Dans l'ensemble, les gardes de ville s'imposent aux praticiens et ne sont pas un choix. Marginalement, nous avons rencontré sur un territoire fortement doté, des généralistes qui disaient ne pas participer aux gardes, mais l'environnement le permettait. Elles ressemblent plutôt à des astreintes qu'à des gardes et les niveaux de sollicitation auraient considérablement diminué avec le temps, en raison du développement des SMUR. L'astreinte

¹² Déjà cité : Breuil-Genier P., Gofette C. (2006), « La durée des séances des médecins généralistes », *Drees, Études et Résultats*, n° 481 avril.

est très contraignante si le praticien n'habite pas à proximité de son cabinet et moins contraignante s'il peut rester chez lui avec la même disponibilité. Au total, les gardes sont vécues comme une mission normale et in fine ne paraissent pas représenter un facteur de charge important. Nous n'avons pas entendu de plainte à ce sujet, mais il est vrai que cette forme de soin offre une occasion d'accomplissement de la mission médicale de premier recours qui valorise le médecin qui la pratique.

Les visites à domicile constituent là encore principalement une spécificité des généralistes. À l'exception des médecins biologistes qui font quotidiennement des actes de prélèvement au domicile, mais qui peuvent aussi les déléguer à des techniciens, quelques rares spécialistes font parfois des visites à domicile, et sans doute plus souvent en institution que véritablement à domicile, mais cela reste très marginal.

La maîtrise des dépenses de santé a conduit la sécurité sociale à limiter les visites à domicile. Il semble y avoir plus de médecins pour s'en réjouir que pour s'en plaindre. À l'exception d'un « médecin de famille » qui apprécie particulièrement les consultations à domicile, tous disent apprécier le net recul du nombre de visites et l'éducation des patients, qui s'est finalement faite, et à laquelle ils ont eux-mêmes contribué.

Les visites sont un temps à part. Elles sont peu rentables et il faudrait sans doute dire qu'elles ne sont pas rentables. Elles concernent des personnes effectivement peu ou pas mobiles, donc au premier chef les personnes âgées ou hospitalisées à domicile, souvent atteintes de pathologies lourdes.

Ceux qui en font se présentent comme contraints et c'est principalement le cas des médecins ruraux. À l'inverse, dans les villes, le refus des visites est souvent présenté comme un choix autonome. Corollairement, les médecins de ville qui en font tiennent à souligner qu'ils satisfont cette mission de premier recours. Ce refus des visites correspond aussi parfois à un choix explicite de ne pas avoir de patients âgés.

Au total, tout semble se passer comme si certains contextes de démographie médicale ouvraient la possibilité de déroger aux obligations de premier recours. Quand l'offre est faible, ce qui était le cas dans la zone rurale que nous avons enquêtée, les praticiens sont dans l'obligation d'assurer les visites à domicile, ils n'envisagent pas de ne pas en faire. Au mieux, ils peuvent se répartir inégalement le nombre des visites à domicile au sein d'un même cabinet si certains souhaitent se dispenser partiellement de cette charge. À l'inverse, le cadre urbain, souvent largement doté, permet au praticien de se reposer sur « les confrères », sans véritablement envisager les effets de son choix individuel. Le cadre « dense » masque au praticien la réalité de la demande et peut laisser croire que les choix individuels sont sans conséquences : faire des visites à domicile, prendre peu ou beaucoup d'urgences, faire des gardes deviennent autant de choix vécus comme strictement individuels par certains praticiens. Dans le même environnement, ceux qui s'astreignent au respect de la mission de premier recours en prenant leur part des domiciles, d'urgences, de gardes, en viennent alors à souligner leur implication.

Quand les médecins font des visites à domicile, c'est assez souvent autour de l'heure du déjeuner (en fin de matinée et en début d'après midi). Quelques médecins les concentrent sur une ou deux demi-journées, mais majoritairement, il semble souvent s'agir d'un temps « pris

sur le déjeuner » ou qui déborde sur le déjeuner. Quand l'activité de visites à domicile est soutenue, le temps des visites est un temps très dense. Ce sont des consultations dans lesquelles il est difficile de prendre son temps¹³. Pour autant, elles sont une occasion de sortir du cabinet et les temps de trajet quand ils sont substantiels sont par certains décrits comme des temps de pause en même temps que des temps perdus.

> Des activités en clinique pour certaines spécialités

Parmi les spécialités pour lesquelles nous avons rencontré des médecins, les spécialités chirurgicales (chirurgie, ORL, Ophtalmologie), celles qui peuvent contenir une part d'activité chirurgicale (dermatologie), l'obstétrique, la gastro-entérologie et la réanimation comprennent une part d'activité en clinique pour la plupart des médecins libéraux. Avec les praticiens concernés, nous avons moins détaillé l'organisation des temps de l'activité en clinique (interventions ou explorations fonctionnelles), mais il semble qu'il s'agisse d'un temps souvent intense et apprécié.

Intense car les actes s'enchaînent. Il faut rentabiliser le plateau technique mobilisé et le temps est compté. Les médecins qui accèdent à un plateau technique en libéral pour faire des interventions ou des actes sous anesthésie enchaînent les actes. Les matinées (ce sont plus souvent des matinées) ou les journées d'activité en clinique sont denses. Ce sont des périodes d'intense concentration qui laissent apparemment peu de répit. Néanmoins, le temps imparti à chaque acte paraît programmé et maîtrisé.

Temps apprécié par ailleurs car il s'agit également d'actes le plus souvent rémunérateurs, et d'actes qui sont ceux du métier : leur réalisation est un temps d'accomplissement professionnel dans l'expérience du geste technique. S'accomplit en clinique ce pourquoi la spécialité a été choisie. La meilleure mesure de la qualité de ce temps passé en clinique est donnée en creux par ceux qui ne réalisent plus d'actes techniques. Nous avons ainsi rencontré un ophtalmologiste et une gynécologue-obstétricienne qui pour des raisons complexes, sans doute relationnelles, ont cessé leur activité chirurgicale. Ils se trouvent alors dépourvus d'une part de leur expertise et ne font plus leur métier dans son entier.

De plus, en introduisant un rythme souvent binaire avec les demi-journées de consultation, les temps de clinique créent une alternance très appréciée entre activité de pratique « manuelle » et activité de diagnostic.

> Des caractéristiques d'emploi du temps constatées a posteriori et peu explicatives des choix professionnels

Au total, la spécialité induit le rythme des temps de consultation et dans une certaine mesure la forme des activités : les consultations sont normées ou pas, courtes ou longues, on travaille exclusivement au cabinet ou pas. Le fractionnement et le rythme perçu de la séquence de travail se trouvent donc structurellement différents d'un métier à l'autre.

¹³ Alors même qu'une étude sur le temps des séances (consultations au cabinet et au domicile) a plutôt établi que la durée des visites à domicile était en moyenne plus longue que celle de la consultation moyenne en cabinet. In Breuil-Genier P., Gofette C. (2006), « La durée des séances des médecins généralistes », Drees, *Études et Résultats*, n° 481 avril.

Il faut souligner que jamais l'ensemble de ces caractéristiques d'emploi du temps ne nous ont été présentés comme des critères ayant compté pour le choix d'une spécialité. Pourtant extrêmement déterminantes pour la vie de travail des praticiens, ces considérations sur le temps d'activité et les formes qu'il prend paraissent être découvertes en situation. Elles ne donnent pas lieu à des comparaisons entre spécialités et semblent s'effacer derrière des considérations de hiérarchie symbolique des métiers.

En particulier, nous n'observons pas de logique liées aux conditions de travail dans les choix d'orientation des hommes et des femmes vers telle ou telle spécialité. Les femmes sont actuellement les plus présentes parmi les libéraux en gynécologie (89 %), dermatologie (64 %), pédiatrie (54 %), ophtalmologie (42 %) ou psychiatrie (38 %)¹⁴. Il n'y a pas de différence de forme des temps et organisation du travail entre l'ophtalmologie et l'ORL (13 % de femmes, soit près de trois fois moins qu'en ophtalmo), entre la dermatologie et la rhumatologie (32 %, soit deux fois moins qu'en dermato). La pédiatrie et la gynécologie font partie des rares spécialités qui comptent des urgences en libéral, ce qui est un facteur objectif d'inconfort dans l'organisation du travail. Ce n'est pas le lieu ici de comprendre ce qui motive ces pratiques de genre, mais il faut simplement souligner que les rythmes de travail propre à chaque spécialité ne semblent pas être une clé de l'analyse pour comprendre les orientations préférentielles des femmes.

Le seul choix raisonné qui fasse référence au temps de travail est le choix éventuel entre une pratique généraliste et une pratique de spécialiste : certains spécialistes reconnaissant qu'ils n'auraient pas souhaité être généralistes tant cette pratique leur paraît être assimilable à un « sacerdoce ». Certains spécialistes ont des horaires très extensifs et prennent peu de vacances. Ce qui se joue dans cette représentation, c'est sans doute bien plus le caractère maîtrisable de la charge, son côté prévisible, que le quantum d'heures en soi.

Des organisations du travail diversement pensées et outillées

L'organisation du temps de travail est selon les médecins plus ou moins élaborée, plus ou moins pensée, plus ou loin performante aussi de l'avis même des praticiens qui se savent organisés ou pas. Ce qui est frappant c'est qu'il ne ressort pas une bonne organisation qui devrait logiquement s'imposer à chacun. La raison en est principalement que la façon dont les praticiens vivent les horaires et les aléas éventuels de leur activité de façon très individualisée. Être en retard n'est pas un mal en soi, avoir des journées dont on ne connaît pas précisément le terme non plus. Ça l'est pour certains et pas du tout pour d'autres. La problématique de maîtriser et de gagner du temps ne peut s'imposer comme un souci partagé par tous. Il ressort assez clairement que si l'on doit parler de performance d'une organisation individuelle du travail, il ne faut pas comprendre « efficacité » mais plutôt « agrément ou désagrément » pour le praticien. Il y a des organisations qui pèsent et des désorganisations apparentes qui ne posent aucun problème, du moins au médecin.

Nous nous intéressons ici à la façon dont les médecins organisent leur consultation et les activités connexes liées à la vie du cabinet pour illustrer cette complexité de la question de

¹⁴ Chiffres : part des femmes parmi les médecins libéraux par spécialité, in Sicart D., (2008) « Les médecins, estimations au 1^{er} janvier 2007 », Drees, *Documents de travail*, série statistiques n° 115.

l'organisation et de son impact sur l'activité. Nous donnons quelques illustrations pour commencer.

Le docteur V est pédiatre en fin de carrière. Elle est toujours aussi passionnée par son métier. Elle a un cabinet individuel dans un quartier défavorisé d'une ville moyenne. Elle n'a pas de secrétaire et pas d'ordinateur. Elle prend tous ses rendez-vous en répondant elle-même au téléphone. Elle sait assez précisément quelle durée de rendez-vous il faut donner à tel ou tel enfant. Elle est très ponctuelle et ses patients apprécient de ne pas attendre. Elle réserve un rendez-vous par heure pour les consultations urgentes. Son bureau est parfaitement en ordre. Elle se mettra à l'informatique bientôt parce qu'elle en aura besoin à la retraite.

Le docteur W est psychiatre, libéral depuis peu après une première partie de carrière hospitalière. Installé dans un cabinet de groupe, il a sa propre salle d'attente et ne bénéficie que du service d'accueil de l'assistante du groupe. Il est informatisé pour la gestion de son cabinet. Il assure lui-même sa prise de rendez-vous. Ses dossiers de patients sont sur papier et il prend beaucoup de notes. La majorité des consultations durent 45 minutes. Il réserve un créneau d'une heure pour chacune. Il est nécessairement ponctuel.

Le docteur X est un jeune généraliste passionné de santé publique. Il a relancé un cabinet de groupe dans une petite ville défavorisée de province. Il s'implique dans de nombreuses actions de santé publique. Il enchaîne les consultations et fait des visites à domicile. Les journées débordent malgré une consultation sur rendez-vous. Il a un secrétariat à plein temps partagé et un bureau mobile dans son ordinateur qu'il emporte même en visites. Les résultats de laboratoire sont télétransmis. Tous ses dossiers patients sont informatisés et partagés avec ses associés. La gestion et les tâches administratives ne sont pas une préoccupation.

Le docteur Y est gynécologue, depuis peu à plein temps en libéral après une carrière hospitalière. Elle a un secrétariat qui assure la prise de rendez-vous, le filtrage, l'accueil et l'archivage et la manipulation des dossiers. Elle fait des consultations de 20 minutes. Elle ne souhaite pas informatiser ses dossiers de patients, et refuse la télétransmission par principe.

Le docteur Z est ophtalmologiste. Son activité compte des opérations de chirurgie de l'œil en clinique et une consultation libérale. Il emploie deux secrétaires à plein temps. Il a deux boxes de consultation. Il passe dix minutes en moyenne avec chaque patient et c'est la secrétaire qui fait le dossier administratif du patient, qui installe le patient dans le boxe et qui encaisse les règlements.

Ces quelques exemples ne représentent qu'eux-mêmes, ils sont décrits pour montrer la diversité des choix d'organisation. De cette diversité, il ressort quelques axes d'analyse des éléments structurants de l'organisation du travail : la prise de rendez-vous, le type de secrétariat, le niveau d'informatisation pour la gestion des dossiers patients, la délégation éventuelle des tâches de gestion.

> Fixer les rendez-vous

Choisir un mode de fixation des rendez-vous c'est faire le choix d'être ponctuel ou pas, se donner les moyens de maîtriser le temps de travail ou pas. Ces deux objectifs : ponctualité et lutte contre un éventuel débordement ne sont pas des objectifs partagés par tous. Chaque

praticien entretient avec les horaires un rapport particulier qui induit des organisations du travail personnalisées. Encore une fois, l'objectif de ponctualité paraît assez facilement atteignable pour nombre de spécialités alors qu'il est particulièrement ambitieux pour les généralistes, qui reconnaissent assez souvent être « en retard ».

Pour certains praticiens que nous avons rencontrés, le rendez-vous est un artefact : ce n'est qu'un ticket d'entrée. L'heure compte peu car elle ne sera pas respectée et les patients attendent le plus souvent, jusqu'à une à deux heures chez certains généralistes. Pour ces praticiens, le rendez-vous permet de fermer la porte à certains patients et de contrôler le nombre de patients maximum à voir, mais il n'y a pas d'enjeu de ponctualité. Pour d'autres, le rendez-vous est véritablement une programmation avec un objectif de ponctualité. Les moyens de régulation sont mis en place et le refus de patients en retard est possible. Se pose alors la question de la prise de rendez-vous intelligente, celle qui va permettre de tenir l'horloge et de recevoir les patients avec ponctualité. Il existe plusieurs types de stratégies et cela dépend beaucoup de la spécialité.

Pour les spécialités où il y a peu ou pas d'urgences, l'aléa est faible. Si les rendez-vous sont fixés au rythme moyen des consultations, l'horloge est tenue sans grande difficulté. S'il y a éventuellement des consultations de longueur inégale, un facteur déterminant est la capacité à repérer à l'avance les consultations longues. Un secrétariat performant et formé à « un interrogatoire de base » peut faire une prise de rendez-vous fine sur la base de consignes claires. Un secrétariat fait par le médecin lui-même peut-être la meilleure garantie de cette évaluation en connaissance de cause du temps à prévoir. Des plages de consultation peuvent être spécifiquement réservées à certains types de consultations. Enfin, le médecin peut vérifier à intervalle régulier la prise de rendez-vous établie par la secrétaire (ou son épouse) et décaler certains rendez-vous pour réserver le temps nécessaire à certains actes ou consultations. Ceux qui pensent la question des horaires et qui visent la ponctualité mettent en œuvre toutes ces méthodes selon les moyens dont ils disposent.

Pour tous ceux qui doivent faire face aux urgences et qui souhaitent qu'elles ne perturbent pas l'agenda :

- Soit ils prévoient des plages libres dans l'agenda (souvent un rendez-vous à h00, h15, h30 et rien à h45),
- Soit les urgences sont vues à la fin de la consultation.

Si l'exposition aux urgences est un facteur de charge objectif, c'est néanmoins le choix d'organisation de chacun qui fera de ces urgences un facteur d'intensification de la charge ou pas, selon qu'elles sont prévues ou non à l'agenda. Cependant, quand la pression de la demande est trop forte, même les plages initialement prévues pour les urgences et les imprévus sont programmées avec des rendez-vous et l'agenda est « plein à l'avance », ce qui signifie retards et journées à rallonge.

La pression de la salle d'attente affecte très différemment les praticiens. Certains y sont assez indifférents alors que pour d'autres, « c'est stressant ». Nous n'avons pas été en mesure d'observer comment les praticiens ajustent éventuellement leurs temps de consultation à ces situations qu'ils vivent pour certains comme des situations de pression. Ce qui semble

compter c'est la façon dont le praticien juge la situation « normale » ou pas selon ses propres critères.

> S'appuyer sur un secrétariat

Le recours à un secrétariat permanent ou partiel n'est pas le fait de tous les praticiens. Les modalités d'organisation de la fonction d'appui à l'organisation du travail sont très différenciées d'un praticien à l'autre. Encore une fois, prescrire une organisation idéale n'aurait pas de sens. Nous avons pu distinguer 4 formes de secrétariat :

Premier cas de figure : Le médecin fait tout lui-même. Chez une pédiatre (cf. portrait supra), sans secrétaire, nous avons eu le récit d'une organisation simple, fluide, entièrement régulée par le médecin, sans débordements. On peut penser que ce modèle est plus tenable pour des spécialistes que pour des généralistes alors même qu'un secrétariat est plus accessible financièrement pour un spécialiste que pour un généraliste. Il est de toute façon de plus en plus rare et nous n'avons rencontré que 4 médecins sur 48 sans secrétariat aucun.

Deuxième cas de figure : Le médecin s'appuie sur un secrétariat à distance, qui assure une forme de permanence téléphonique quand le médecin n'est pas là ou ne peut pas répondre. Le secrétariat prend les rendez-vous et filtre les appels. C'est en général un secrétariat assez basique et peu apte à faire un traitement différencié des appels. Il est économique et moyennement élaboré. Il est assez pratique pour les praticiens qui sont une partie de leur temps hors du cabinet. Nous avons rencontré 8 praticiens sur 48 qui avaient opté pour ce type de secrétariat.

Troisième cas de figure : Le médecin a une épouse qui « ne travaille pas » mais fait la régulation. Chez deux généralistes (l'un en milieu rural, l'autre en milieu urbain), nous avons trouvé une collaboration active de l'épouse, qui assure l'essentiel de la régulation. Ils ont tout à fait conscience d'avoir une forme d'organisation vouée à disparaître, alors même qu'elle garantit selon eux une grande proximité avec les patients et une gestion intelligente des urgences et des rendez-vous. L'un des deux praticiens salarie son épouse pour cette fonction dans la perspective de lui constituer une retraite.

Quatrième cas de figure : Le médecin a une ou des secrétaires partagées ou non avec des confrères, à temps partiel ou à temps plein. Il existe aussi quelques cabinets de spécialistes où il y a plus d'un poste de secrétariat à temps plein par praticien. Selon les compétences de la personne et le mode de travail du médecin, selon la charge de travail, la secrétaire pourra faire :

- a minima l'accueil,
- la gestion administrative de la consultation : préparation du dossier papier ou informatique, saisie des données administratives de la consultation, encaissement, télétransmission,
- la prise de rendez-vous basique ou élaborée,
- le filtrage des appels efficace et sans risque, ou pas,
- voire quelques actes (pose de holter),
- la comptabilité des recettes,
- les achats.

Ceux qui bénéficient d'un secrétariat à plein temps soulignent le confort de travail que cela procure. C'est le principal intérêt des SCM que de permettre ce confort à coûts partagés. Dans les cabinets les plus « collectivisés », le secrétariat peut en plus avoir un vrai rôle d'assistant, être également impliqué dans des tâches administratives ou de gestion du cabinet (achats..). Les médecins se trouvent alors « à faire peu de tâches non médicales ».

> Répondre au téléphone

Corolaire assez direct de la forme du secrétariat : la place du téléphone dans la journée et plus spécifiquement durant les consultations.

Décrocher, c'est d'abord être disponible pour les patients : être en capacité de rassurer, de donner le bon conseil. Le recours à la messagerie est donc assez rare, car il faut absolument traiter les appels et souvent rappeler. En l'absence de secrétariat de filtrage, les médecins préfèrent souvent décrocher, même en consultation, sauf bien sûr pendant les moments où le praticien réalise des actes ne pouvant être interrompus (examen, petite intervention, consultation psychiatrique).

Lorsqu'il existe un secrétariat, la capacité de celui-ci à faire un filtrage performant est un enjeu important : il s'agit de ne pas prendre de risques et de préserver en même temps le médecin des appels.

Certains médecins, à dessein, donnent leur numéro de portable à leurs patients : c'est le cas des chirurgiens, des spécialités où il faut pouvoir assurer un suivi à distance dans certaines situations. À l'inverse, pour les généralistes, cette stratégie est plutôt présentée comme une erreur, car ils se trouvent anormalement sollicités. Ils destinent leur portable à certains patients, mais leur numéro circule.

Au total, le téléphone est un vrai élément perturbateur du déroulement de la consultation et de la journée. Dans des moments de fatigue ou de stress, il vient accroître le fractionnement de l'activité, et il est souvent synonyme de charge supplémentaire.

> S'accorder de rares pauses et respirations

Les temps de consultation ou les plages réservées aux actes techniques connaissent peu de temps mort. La façon de se ménager des plages de respiration repose donc sur le choix ou la possibilité de s'arrêter pour déjeuner, sur les éventuels temps de transport d'un temps d'activité à l'autre et sur le choix de « couper » les consultations par des rendez-vous avec des visiteurs médicaux.

Le premier constat qui s'impose est que les plages d'activité (après-midi, matinées ou journées complètes) sont des plages continues avec peu de répit. Les consultations ou les actes s'enchaînent. N'ayant pas rencontré les médecins en période creuse, nous avons eu le récit de journées continues. Les plages de consultation libérale sont sans pause. Même les pauses thé ou café semblent rares. Une généraliste avoue même ne pas oser aller aux toilettes quand la salle d'attente est pleine.

Il semble pourtant qu'en raison de la saisonnalité de la demande, certaines périodes de l'année soient moins denses. Certains spécialistes reconnaissent en particulier que les temps de vacances scolaires peuvent présenter des creux.

Seuls les psychiatres que nous avons rencontrés ménagent de façon constante un temps de travail entre deux consultations, un temps de récapitulation des séances, d'écriture et de préparation de la consultation suivante. En dehors de cette spécialité, on comprend que le rythme des consultations est très déterminant du sentiment de charge de travail. Voir 20 ou 40 patients sans discontinuer ne représente pas le même niveau de disponibilité.

Concernant le déjeuner, certains ne souhaitent pas s'arrêter, l'absence choisie de pause est liée soit à une volonté d'être disponible à un moment où il y a une demande de consultation, soit à un souhait de ne pas couper une dynamique par une pause après laquelle le redémarrage pourrait être difficile. D'autres parviennent à sacraliser ce temps de pause et assez fréquemment à rentrer chez eux, principalement en province. Mais ils sont un certain nombre à souhaiter s'arrêter pour déjeuner sans parvenir à le faire quotidiennement, à souligner même que « c'est important », pour eux. La pause du déjeuner est prévue en intention, mais en réalité, elle est assez facilement « mangée » par le débordement des consultations ou des visites à domicile, ou par le transfert d'un lieu d'activité à l'autre.

D'évidence, la capacité à préserver un temps pour déjeuner lorsqu'il est souhaité est un facteur d'équilibre important et joue beaucoup dans la perception que les praticiens ont de leur charge de travail, il est un indicateur de maîtrise de cette charge.

Une autre façon de « couper » est de recevoir un visiteur médical. En fait, à attendre les praticiens rencontrés « on reçoit les visiteurs médicaux ou pas ». Quand on ne les reçoit pas du tout, cela semble davantage le fait d'une position de principe que d'un manque de temps. Il s'agit plutôt de rester indépendant des laboratoires. C'est un choix qui participe d'une posture éthique, un signe donné à la façon dont on conçoit le métier.

Le choix étant donné, ceux qui en reçoivent aiment ça. C'est une pause, présentée comme plaisante mais utile en ce que ce serait un bon moyen d'apprendre des choses sur les produits mais aussi sur les confrères et ce qui se fait. C'est un temps de sociabilité.

Certains en reçoivent quotidiennement et d'autres plus épisodiquement, mais le plus souvent avec une certaine régularité. Il y a un temps dans l'agenda prévu pour cela. Bien sûr, nous n'avons pas observé la façon dont ce temps était respecté et quelle était la disponibilité réelle du praticien pour ces visites.

> Mettre à jour le dossier du patient

La mise à jour du dossier du patient se fait pour partie en consultation et pour partie hors de la consultation pour tout ce qui concerne les échanges avec des confrères, les résultats d'analyse ou d'examen. Ce qui représente une charge de travail éventuellement commentée c'est la part de la mise à jour qui se fait hors du temps de consultation. Les praticiens s'y prennent très différemment les uns des autres, principalement en raison d'un recours très inégal à l'informatique.

L'informatisation du dossier du patient ne se pose pas pour les médecins les plus jeunes. L'ordinateur portable est leur bureau. Pour les moins jeunes, les choix sont très variés. Les dossiers des patients sont souvent informatisés, en tous cas pour nombre de généralistes.

À y regarder de plus près, est en jeu dans cette informatisation non seulement un mode d'archivage mais des possibilités étendues de gérer beaucoup d'informations sans perdre de temps à classer ou archiver des papiers ou à produire des documents standards de façon répétitive.

Selon les médecins, outre l'information issue de la consultation et saisie en cours de consultation, la mise à jour pourra se faire selon des modalités variées :

- résultats de laboratoires télétransmis,
- courriers des confrères reçus par mail,
- scan par le secrétariat des résultats et courriers,
- scan par le médecin des résultats et courriers,
- lecture et saisie partielle par le médecin et archivage du dossier papier,
- lecture et archivage.

Au-delà de la diversité des outils employés pour mettre à jour le dossier, on observe une grande diversité dans les temps occupés à cette mise à jour pour la partie de l'information qui arrive hors consultation (courriers, résultats de biologie) : certains les mettent dans des dossiers papier (dont ils saisiront le contenu essentiel en consultation), d'autres prennent un temps quotidien pour « rentrer » l'information dans la base (hors consultation) et avoir des informations à jour, d'autres s'appuient sur leur secrétariat pour scanner des documents. Il est évident que le niveau de dématérialisation de l'information influe beaucoup sur le temps de cette mise à jour.

Les discours sur l'informatisation sont très variés. Les plus jeunes ne portent pas de jugement car c'est un outil qui s'impose. Les plus âgés y sont rarement indifférents : acquis au système ou allergiques. Il semble pourtant que le gain de temps pour les renouvellements de prescriptions soit unanimement souligné.

Le discours sur la télétransmission, même s'il fait l'objet de quelques critiques (coût pour un service rendu à la CPAM, le temps pour se former), est généralement très positif. Certains médecins vantent même des logiciels qui proposent des fonctions complémentaires comme la gestion du fichier patient, la comptabilité ou la base médicamenteuse. Certains regrettent même que les feuilles de soins concernant les accidents du travail ne puissent pas être encore télétransmises ou encore que le tiers payant ne soit pas traité pour l'instant.

Ce qui est certain, c'est que les usages les plus intensifs supposent des outils de réseau qui sont plutôt l'apanage de cabinets de groupe assez avancés dans la mise en commun d'outils et de pratiques. On peut néanmoins penser que ces systèmes sont appelés à devenir la norme et qu'il y a à la clé une potentielle économie de temps dans la manipulation et l'archivage des pièces du dossier.

Plusieurs ont souligné combien ils regrettaient l'échec du DMP (Dossier médical personnalisé), ou de son ancêtre : le carnet de santé. Il revient en particulier au généraliste de

centraliser l'information relative au dossier médical du patient et il se trouve en charge de ce travail de mise à jour de l'information.

> S'occuper de la gestion et des tâches administratives

Sous le label « travail administratif », on trouve en réalité plusieurs composantes :

1. un volet médical : la lecture des résultats d'examen, la mise à jour des dossiers des patients, les courriers aux confrères ;
2. un volet de « paperasse » comme l'appelle nombre de praticiens qui concerne la sécurité sociale et les dossiers administratifs des patients (prises en charge ALD, bons de transport, dossiers COTOREP, télétransmissions) ;
3. et un volet de gestion du cabinet et de l'activité libérale (et au premier chef la comptabilité).

Certains médecins traitent tout au fil de l'eau et décrivent des heures de travail incluant bien le travail administratif qui est fait au jour le jour. Quelques médecins réservent une demi-journée pour faire ce travail. Il s'agit des généralistes à temps partiel ou des spécialistes qui ont une correspondance assez importante à faire. Pour d'autres enfin, les choses sont plus floues et ce travail est fait dans les marges : le soir, le week-end, à la maison souvent, parfois avec un retour au cabinet.

Ceux qui traitent « la paperasse » au fil de l'eau sans y consacrer une demi-journée sont parfois des personnes « du matin » : elles arrivent avant le début des consultations pour faire une part de ce travail, et en priorité la partie médicale. D'autres, soucieuses d'être à jour, restent chaque soir un temps (30 minutes à 1 heure) au cabinet pour effectuer cette même tâche.

Les questions qui visent à repérer les moyens de gagner du temps dans ce domaine restent souvent sans réponse car ceux qui se sont posé la question de l'organisation ont mis en place des systèmes qui leur conviennent et pour les autres, il y a plutôt une fatalité à devoir « traiter ça en plus ».

Un exemple-type de ces différences de stratégie est celui de la comptabilité. Dans l'ensemble, la comptabilité des recettes est faite au fil de l'eau et assez souvent au quotidien apparemment. En revanche, celle des dépenses est très différemment traitée. Certains médecins ont un comptable. C'est en particulier le cas de ceux qui ont du personnel. Les SCM ont le plus souvent un comptable. Ceux qui n'ont pas de comptable font leurs recettes au fil de l'eau (mensuellement par exemple) ou attendent l'urgence. Pour eux, les mois de janvier et de février sont des mois où l'on passe ses soirées et ses week-ends à faire des comptes.

Le plus surprenant est qu'alors que ce travail est une composante à part entière du métier de médecin, certains médecins ne prévoient pas de lui réserver un temps dans l'agenda. Il est bien évident que le mode de traitement (en anticipation, au fil de l'eau ou en rattrapage) influe beaucoup sur la perception que les médecins ont de cette charge. Nous y reviendrons.

- > Habiter à une distance raisonnable du cabinet.

Rarement et plutôt chez les médecins les plus âgés, le cabinet est une pièce de l'habitation principale. Dans ce cas, les frontières entre les espaces professionnels et privés sont poreuses et les temps professionnels et personnels parfois brouillés. Nous avons rencontré des médecins qui ont connu cette situation et sont heureux d'y avoir mis fin en éloignant/sortant le cabinet du domicile, et un médecin qui est dans cette situation et dit qu'il ne referait pas aujourd'hui la même erreur.

Pour une forte proportion de médecins, la question du trajet entre leur domicile et leur cabinet a fait l'objet d'une étude ou d'une réflexion préalable à leur installation. Beaucoup se sont organisés pour limiter le temps de trajet domicile (écoles des enfants) / travail (cabinet, hôpital ou clinique), à la fois pour éviter la fatigue liée aux déplacements, mais aussi pour s'aménager chez soi des temps de pause, notamment autour de la pause méridienne. Pour les généralistes, les gardes se trouvent aussi facilitées.

Malgré la faible distance kilométrique qui sépare les espaces privés et professionnels, la distance symbolique est affirmée. Le cabinet est un lieu à part (« une bulle » nous ont dit quelques médecins) dans laquelle l'interaction et l'écoute empathique sont d'autant plus possibles que le lieu est rendu « anonyme » pour les patients.

Enfin, pour certains médecins, les distances entre le domicile et le(s) lieu(x) d'activité peuvent être assez importantes (jusqu'à plus d'1 heure parfois). Ce cas de figure est plutôt rare. Ce peut être un choix (s'éloigner pour « couper vraiment »), un hasard de la vie (changement de cabinet, séparation...) ou encore le fait d'une pluriactivité (domicile et clinique à proximité, cabinet et hôpital à proximité).

Le choix éventuel d'enrichir l'activité professionnelle

Au-delà de ce qui est guidé par le métier (la spécialité), chaque praticien fait des choix qui sont déterminants pour la forme de ses journées de travail en décidant le cas échéant d'avoir d'autres activités médicales non libérales ou de s'impliquer dans des organisations ou collaborations professionnelles. Il s'agit bien ici d'activités choisies qui traduisent chacune des modes d'investir le métier au-delà de ce que serait une pratique minimale libérale. Ces temps peuvent être tendus et régulièrement menacés par la pression de la consultation, la capacité du praticien à préserver ces activités complémentaires qui donnent du sens à leur pratique est un signe fort, non pas de maîtrise du temps, mais de maîtrise de son activité professionnelle. L'ambition de pratique dont ces activités sont le signe est respectée. Le temps passé en plus, loin d'être seulement une charge devient un temps de valorisation de l'ensemble de la charge. Conséquemment, les situations où tout ou partie de ces activités sont abandonnées peuvent être des situations de rupture de l'équilibre professionnel, leur abandon peut être vu comme une forme de désinvestissement de la pratique.

- > Le choix d'autres cadres d'activité médicale de soins

Le maintien d'une activité hospitalière est très valorisé par ceux qui en ont fait le choix. L'hôpital est un lieu de travail collectif où la science règne en maître quand il s'agit d'un CHU et où l'on se forme bien plus efficacement que dans tous les congrès ou soirées de FMC.

C'est aussi un lieu où le rythme est différent. À l'exception notable des services d'urgence, la vacation hospitalière ou le mi-temps hospitalier correspondent à des rythmes de travail moins cadencés qu'en consultation libérale. La part de travail collectif et donc de dialogue avec les pairs qu'elle comporte constituent de véritables respirations. C'est un temps jugé mal rétribué mais pour lequel la gratification est autre.

L'hôpital n'est pas le seul lieu d'activité salariée : certains praticiens rencontrés interviennent en prison, en centre d'aide psychologique ou en centre de santé ; parfois même à titre bénévole. Ce sont des temps d'engagement : engagement dans la médecine que l'on pense devoir être faite pour des praticiens qui ont une représentation très sociale de leur mission.

En dehors du sens porté, toutes ces activités ont également pour intérêt intrinsèque de permettre de « sortir du cabinet ». Elles permettent de composer des semaines moins uniformes et évitent la vision routinière de journées qui se ressemblent. Ce sont par ailleurs des temps d'interaction avec des pairs qui coupent l'isolement professionnel de l'activité libérale.

> Du temps pour l'amélioration des pratiques professionnelles

Pour un petit nombre de praticiens, il existe un temps d'implication dans des actions d'amélioration des pratiques. Ce temps n'est pas nécessairement important en quantité mais il est déterminant pour la manière d'investir le métier. Il peut s'agir de temps consacré à la vie du cabinet, d'un temps de « staff » sur le modèle hospitalier, d'un temps d'implication dans des réseaux de soins ou dans des actions de santé publique.

Les cabinets qui ont une forme collective d'organisation des soins s'efforcent le plus souvent à « perdre du temps » à des échanges entre praticiens. Même si ce sont des temps qui paraissent mordre sur la priorité qu'est la consultation, ce sont en général des temps perçus comme importants. Il s'agit d'une heure par semaine ou par quinzaine mais elle est utile : occasion de résoudre des problèmes collectifs ou individuels, occasion de faire exister un collectif surtout. Ces activités constituent au regard du temps de la consultation où le praticien est seul, un temps de collégialité. Ce temps est facilement repérable quand il prend la forme de réunions ritualisées. Il est plus difficile à apprécier quand il s'agit de contributions plus ponctuelles.

S'agissant de la participation à des activités d'amélioration des pratiques extérieures au cabinet, la participation à un réseau de soin est un premier niveau d'inscription dans un système plus collectif de soin. Elle n'engage pas forcément un temps de travail supplémentaire ou assez marginal (lecture d'informations).

En revanche, certains praticiens consacrent du temps à la mise en place de réseaux de soins ou à tout le moins s'impliquent dans des actions de santé publique qui appellent des collaborations entre praticiens. Il s'agit souvent de praticiens hyper actifs qui multiplient les activités complémentaires à leur consultation. Le plus souvent, ils ne présentent pas tant ces activités comme des compléments mais bien comme des parties intégrantes d'une pratique de base bien comprise. Le temps de travail que cela représente est difficilement estimé, mais s'agissant d'un temps choisi, c'est une surcharge valorisée.

> Les activités syndicales et ordinales

Rares ont été les médecins qui nous ont dit avoir une activité syndicale ou ordinale. Cependant les discours rapportés sur l'un et l'autre sont assez différents.

La plupart des professionnels portent sur l'Ordre des médecins un œil assez critique. Celui-ci est davantage perçu comme un comité de notables qui exerce des fonctions administratives, représentatives ou politiques. Aussi, lorsqu'on demande aux médecins s'ils exercent des activités ordinales, ils sont nombreux à dire : « je n'ai pas de temps à perdre ».

En revanche, si les médecins qui consacrent du temps pour une activité syndicale sont tout aussi rares, on constate cependant un discours plus clément vis-à-vis de cet engagement. L'activité syndicale semble relativement considérée. Les médecins regrettent même souvent de ne pas avoir plus de temps à consacrer à cette activité. Certains, parmi les plus anciens et les plus militants, disent y avoir passé beaucoup de temps tandis que d'autres, plus jeunes, disent attendre de contrôler davantage leur emploi du temps avant d'envisager ce type d'investissement. Ce dernier discours est plutôt, mais non exclusivement, celui de jeunes médecins généralistes qui se disent plutôt proches de MG France.

> La formation continue

La formation continue prend principalement trois formes : les soirées de formation, les congrès et les formations universitaires. La formation continue proposée par les associations territorialisées ou des laboratoires s'organise autour de soirées/conférences à thème. Ce sont donc des soirées de travail, souvent tardives et problématiques pour les médecins qui exercent dans des localités reculées. Mais ce sont des temps choisis plus qu'imposés, qui mêlent convivialité et formation. Ces temps sont assez facilement identifiés et mesurés. Les congrès sont assez souvent organisés à cheval sur les week-ends de façon à préserver les temps de consultation. Les médecins qui y vont sont nombreux et ont donc des semaines continues de sept jours à l'occasion de congrès. Ce sont néanmoins des journées d'une autre nature, souvent moins longues et moins lourdes que les journées de pratique libérale. Ce sont, comme pour les formations du soir, des temps forts de confraternité. Les formations universitaires ont des rythmes différents et appellent une implication active, du travail personnel en plus du temps strict d'enseignement ou de séminaire.

La formation est ainsi pour une large part une pratique ritualisée : les associations se réunissent à calendrier fixe et les praticiens concernés disent y aller plutôt régulièrement. Les congrès sont généralement des congrès où l'on va tous les ans. Ce sont des lieux constitutifs de l'identité professionnelle. Les formations universitaires échappent à ce cadre rituel et les praticiens s'y engagent ponctuellement, même si certains cumulent les formations certifiantes.

Au-delà de la quantité d'heures « de travail » que cela représente en plus ou en moins par rapport aux semaines d'exercice médical, c'est le statut de ce temps de formation qui est à souligner. Pour certains, en particulier des généralistes en cabinet individuel, la formation, principalement par le biais des associations locales de FMC est aussi un moyen de voir des confrères et de développer une sociabilité professionnelle importante compte tenu du relatif isolement des semaines de travail.

Ces temps de formation sont par certains clairement présentés comme des temps de pause, des respirations. C'est « *une soupape nécessaire* » nous dit un jeune généraliste. Le terme de « *récréation* » est même utilisé par certains. Il est donc tout aussi faux de comptabiliser le temps de la formation professionnelle comme du temps professionnel que comme du temps personnel. Ce sont des temps à part.

La motivation des praticiens qui ont une pratique de formation soutenue est ainsi double : l'amélioration de leur pratique et la recherche d'une certaine excellence, mais aussi l'accès à des temps professionnels autres et jugés agréables, c'est à n'en pas douter une manière de travailler autrement.

Nous avons cependant rencontré 6 ou 7 praticiens qui ne vont pas en formation. Parmi eux on trouve trois profils :

- Ceux qui ont un pied à l'hôpital et qui disent trouver dans l'exercice du staff le meilleur lieu de formation « *Après ça, les congrès c'est un peu terne* » nous dit l'un d'eux. ;
- Ceux qui encore jeunes envisagent à terme de retourner en formation mais qui dans leurs toutes premières années de pratique libérale privilégient leur activité de consultation. Cette posture est loin d'être générale et certains se forment dès leur sortie des études ;
- Ceux qui ont cessé de se former, soit parce qu'ils sont en fin de carrière, soit parce que cela leur paraît difficile matériellement. L'accès à la formation est en particulier coûteux en temps et en énergie pour les praticiens les plus isolés géographiquement.

3. Le poids subjectif du temps : une question d'accomplissement

Si le temps de travail est mesurable (partie 1), si les formes prises par l'activité des médecins et leur organisation peuvent être rendues relativement lisibles (parties 2), il est plus complexe de rentrer dans le champ des représentations concernant l'activité des médecins et de le rendre intelligible. Pour autant, la confrontation de données temporelles ou organisationnelles objectivées à d'autres, plus subjectives, en lien avec la manière dont est vécue l'activité et la manière dont elle nous est rapportée lors des entretiens, affinent et mettent en lumière de nouveaux constats.

Notre propos est qu'il y a in fine une corrélation faible entre la charge objective de travail mesurée en heures, éventuellement pondérée par le rythme des heures, et la perception subjective que les médecins ont de leur activité et de leur temps de travail. Il y a des temps qui pèsent et d'autres pas, il y a surtout une façon de se vivre dans l'accomplissement d'un modèle de médecine recherché et voulu ou au contraire dans un champ de contraintes qui laissent peu de place à la valorisation de soi.

Intensité et qualité des temps de travail

Toutes les heures de travail ne sont pas équivalentes. La diversité des activités et des rythmes de travail, les situations réelles qui sont affrontées durant ces heures, donnent un poids perçu inégal à chaque heure.

S'il y a une charge objective inhérente au volume d'heures consacrées aux activités professionnelles, et une expression motivée du sentiment de « trop travailler » sur laquelle nous reviendrons, il y a surtout une capacité individuelle à supporter ou pas certaines heures difficiles.

Dans ce que nous allons voir dans cette partie, les médecins distinguent très clairement le « bon temps » du « mauvais temps ». Ces acceptions diffèrent d'un praticien à l'autre mais il semble cependant que quelques règles puissent être généralisées : l'intérêt en soi de la diversification des activités et la préférence pour les temps consacrés au « vrai exercice de la médecine ».

> Intérêt des césures

S'agissant de la multiplicité des activités qui peuvent composer la journée ou les semaines des médecins, nous avançons une première hypothèse selon laquelle les ruptures dans l'emploi du temps engendrées par l'alternance d'activités différentes (consultation au cabinet, activité clinique, visites à domicile, activité salariée) permettent une respiration dans l'emploi du temps, alors même qu'il n'y a pas de temps de pause dans les transitions de l'une à l'autre de ces activités, hormis les éventuels temps de trajet, souvent courts. Plutôt que des pauses en creux, il y a des transitions d'activité qui permettent à la fois d'éviter la routine et de changer de charge. On passe à autre chose. On finit quelque chose. On ne s'arrête pas de travailler mais on arrête quelque chose.

Les médecins que nous avons rencontrés ont des activités plus ou moins diverses : certains cumulent leur activité libérale en cabinet et des actes en clinique, d'autres partagent leur temps entre leur cabinet en ville et l'hôpital où ils sont salariés à mi-temps, certains ont des

activités à l'Université ou sont experts, d'autres exercent dans des instituts mutualistes, en prison...

Ces différentes activités entraînent une alternance constante et des déplacements, qui sont autant de césures dans l'activité professionnelle pensée globalement. Les changements de lieux professionnels entraînent des changements plus fondamentaux : des changements de positionnement et de rôle, de statut, de vêtements (blouse blanche, costume, habits de ville plus classique), de fonction, de patientèle, de regard des patients, de gestes professionnels...dans l'immense majorité des cas, ces changements sont décrits comme « salutaires » par les médecins. Ils empêchent la routine, créent des seconds souffles, donnent à voir d'autres patients ou des confrères, offrent la possibilité d'exercer son activité dans un spectre large de possibles.

Ainsi, les déplacements qui peuvent apparaître a priori comme des handicaps, des lourdeurs, des temps perdus, des moments de fatigue sont davantage perçus par les médecins comme la conséquence d'un choix assumé ou d'une possibilité d'agir sur plusieurs fronts. Les départs d'un lieu, les arrivées dans un autre signifient plus largement une activité en mouvement, variée, en constante évolution. Ils valorisent plus qu'ils ne fatiguent ceux qui se sentent distingués par cette diversité d'actions.

Par opposition, un chirurgien, qui sait être dans une situation exceptionnelle (son cabinet et son lieu d'opération sont dans la même clinique) souligne qu'il s'agit d'un choix qui a déterminé son installation. Il apprécie de ne pas courir de l'un à l'autre et se dit surtout plus disponible pour ses patients opérés.

La diversification des activités pourrait être une des conditions de la réalisation de l'important volume d'activité des médecins. Peut-être confondons-nous la cause et l'effet : si l'on fait beaucoup de choses, ça finit par faire beaucoup. Mais nous osons inverser la causalité : c'est parce que l'on veut faire beaucoup (beaucoup de médecine et non beaucoup d'actes) que l'on fait plusieurs choses. Pour les plus investis dans le « faire de la médecine », la règle semble être qu'il faut prendre le temps de faire autre chose que le minimum exigé par la consultation pour que le métier soit plaisant et gratifiant.

> La préférence pour le temps où l'on fait de la vraie médecine

C'est dans le creux des discours des praticiens que s'entend la hiérarchie des temps selon qu'il se fait de la « vraie médecine » ou pas.

Cette hiérarchie distingue d'abord ce qui est médical de ce qui ne l'est pas. À ce registre, l'ensemble des tâches administratives, plus communément désignées sous le terme de « paperasse », sont disqualifiées en raison de leur inintérêt au regard de la mission médicale. Si tous les praticiens s'accordent à dire qu'une part de ces charges ne devrait pas leur incomber (les généralistes pour les dossiers administratifs, les spécialistes pour les ententes préalables), tous ne qualifient pas de la même façon la pénibilité de cette charge. Nous y reviendrons.

Plus intéressante est la hiérarchie entre les différents types d'actes médicaux. Elle s'exprime dans les comparaisons entre spécialités mais aussi sur les différentes prises en charge que doit

traiter un praticien. Quand elles sont exprimées, toutes ces hiérarchies ont en commun de valoriser les actes médicaux vus comme les plus complexes : la complexité étant entendue soit en référence au caractère vital des situations, soit en référence au caractère technique de l'expertise mobilisée.

Ainsi un cardiologue explique qu'il n'aurait pas pu être dermatologue, un urgentiste explique que c'est aux urgences que s'apprend le diagnostic, un généraliste dit qu'il n'aime pas les rhumes mais préfère s'occuper des pathologies complexes, un ophtalmologiste se « réjouit » de tomber sur un cancer de l'œil », une dermatologue fait de la chirurgie pour soigner des cancers et non des « petits boutons ».

Certaines spécialités sont des activités d'expertise permanente, et ont malgré leur éventuel caractère répétitif un aspect très valorisant. Par exemple, un gastro-entérologue reçoit des patients inquiets en attente d'une expertise très déterminante. D'autres sont confrontées à une forme de banalisation de leur expertise en raison de la nature de leur spécialité ou de certaines de leurs consultations : une part des consultations ordinaires des généralistes (en particulier l'hiver), les ophtalmologistes qui deviennent des « prescripteurs de lunettes », les dermatologues parce que certains des maux soignés seraient anodins, voire parce qu'ils interviennent dans le champ esthétique. Pour lutter contre cette banalisation de l'expertise, certains expliquent leur stratégie pour se placer au mieux dans une activité d'expertise médicale incontestable et valorisante : faire de la chirurgie, se former à la prise en charge des pathologies les plus complexes sont autant d'exemples de cette recherche d'une activité de médecine pleine et entière. À l'inverse, ceux qui sont plus passifs dans l'orientation de leurs soins peuvent être exposés, dans certaines spécialités, à une forme de routine. Le temps devient plus homogène mais potentiellement fatigant car monotone.

Sans doute incorporée par les années de pratique, l'exposition à ce qui est grave ou complexe est une dimension de l'intensité des temps. Elle produit structurellement une accélération ou une intensification de l'activité mais a pour corolaire de donner au praticien une image positive de sa mission, en ce sens elle donne en grande partie le sens de la pratique.

Variantes du travailler trop

Le caractère libéral de l'activité des médecins, le constat objectif de la disparité des charges de travail entre praticiens tendrait à soutenir l'hypothèse que le temps de travail des médecins est choisi. C'est vrai en grande partie. Ceux qui consacrent la presque totalité de leur temps à leur activité professionnelle ne cachent pas qu'il y a là un choix de vie, ceux qui travaillent peu aussi. Il y a bien des choix radicaux. Cependant, il semble qu'il y ait un entre deux plus complexe à analyser où nombre de médecins vivent comme une forme de contrainte peu ajustable leur charge de travail.

C'est évidemment le cas de ceux qui disent travailler trop. Le trop de travail signifie que la demande est soutenue et que les consultations s'enchaînent mais ce n'est pas forcément cette demande qui impose de travailler beaucoup. Si c'est le cas pour certains praticiens, en particulier dans des zones à faible démographie médicale (zones rurales, quartiers défavorisés), qui disent ne pas savoir ou ne pas pouvoir dire non à la demande des patients, ce n'est pas la seule raison. Un chirurgien parisien nous explique par exemple que sa femme est médecin à plein temps hospitalier et qu'il ne saurait imaginer de travailler moins qu'elle.

D'autres se disent confrontés à une certaine tension qui pousse à « travailler plus » pour des raisons économiques, soit qu'il y a un niveau de charge important (c'est en particulier le cas de ceux qui emploient du personnel ou qui ont des locaux coûteux), soit qu'ils reconnaissent entretenir un train de vie aisé.

Travailler trop c'est être conscient de travailler plus que la moyenne des actifs, c'est éprouver un certain manque de temps de pause, de respiration ou de temps non professionnel, c'est assez souvent être fatigué. Mais pour autant travailler trop n'est pas forcément un motif de plainte. C'est pour cette raison même que ce qui nous semble devoir être analysé ce n'est pas tant la charge objective de travail mais bien la façon dont elle est vécue.

Il est en effet apparu clairement dans nos entretiens que ce qui fait la charge de travail, c'est un certain nombre de situations ou de perceptions. Se distinguent assez clairement 4 registres d'expression d'un « trop plein » qui sont de natures très différentes : trop de confrontations aux difficultés du corps social, trop de paperasse, trop de stress dans le déroulement des journées et semaines et plus globalement trop peu de vie familiale. Ces constats rejoignent très largement les analyses existantes sur les causes de rupture professionnelle identifiées dans les travaux sur la cessation d'activité¹⁵.

Tous les praticiens ne sont pas objectivement exposés à ces difficultés et quand ils le sont, tous ne les ressentent pas comme une charge insupportable, loin s'en faut. Comme nous le verrons en conclusion, c'est la perception globale de l'accomplissement de sa vie professionnelle surtout mais aussi personnelle qui donne plus ou moins de relief à tout ou partie de ces plaintes.

> Trop dur : les maladies du corps social

Les médecins libéraux ont généralement (sauf certains spécialistes) une patientèle essentiellement issue de leur quartier ou d'un périmètre proche. Ainsi, les médecins sont face à une patientèle assez hétérogène en termes de catégories sociales selon qu'ils sont en centre-ville ou en périphérie, en zone urbaine, péri-urbaine ou rurale, dans le centre de la France, dans le Nord ou le Sud. Pour être caricatural, un médecin généraliste d'une zone péri-urbaine du Nord a une patientèle radicalement différente de celle du médecin qui exerce dans le centre de Bordeaux.

Pour ceux des médecins qui sont le plus confrontés à la misère, aux situations de chômage de longue durée ou aux violences de toute nature, l'activité est vécue en général comme un sacerdoce. Les médecins en question évoquent leur activité autant en termes « militants » qu'en qualité de médecin. Ils disent souvent traiter de l'urgence sociale et avoir choisi de le faire. Certains se perçoivent comme une composante d'un réseau d'intervenants médico-sociaux. Le discours sur leur activité est marqué par les termes « éducation » et « prévention ».

Cependant, ces médecins plus que d'autres sont confrontés aux situations d'impuissance face aux situations sociales vécues par leurs patients. La raison de la consultation n'est pas

¹⁵ Véga A. (2007), « Comportements de cessation d'activité des médecins généralistes libéraux », Drees, document de travail, *Documents de travail*, série Études et Recherche n° 73, déc 2007.

toujours exclusivement médicale et l'aide possible du médecin s'arrête au registre médical (écoute comprise). Les situations les plus pesantes évoquées par les médecins sont les situations de misère sociale, c'est-à-dire de pauvreté économique doublée de pauvreté relationnelle.

Dans un autre registre, de nombreux médecins (notamment généralistes de centre-ville en zone urbaine) vivent parfois leur activité comme une réponse inadaptée à la « crise du corps social ». Ils disent avoir une action médicale sur des problèmes plus sociétaux liés à la solitude, à la souffrance au travail (harcèlement), à l'image de soi et du corps. Certains admettent faire de la médecine de confort, de soutien psychologique ou, pire encore, se sentent réduits à délivrer des antidépresseurs (l'un d'eux se définira comme un « dealer »).

On observe dans tous les cas que les médecins évoquent ces différentes situations avec plus ou moins d'affects. La « bonne distance » dans le rapport aux patients, et notamment quand ces derniers rencontrent des difficultés sociales ou des pathologies lourdes, est un sujet de préoccupation pour tous, mais qui se pose avec plus ou moins d'acuité selon les spécialités et les territoires d'exercice de l'activité.

Le médecin généraliste est ici en première ligne et sa capacité à tenir la bonne distance lui permet de vivre avec plus ou moins de sérénité son activité. Certains avouent, malgré leur expérience et leur engagement, avoir des difficultés à se défaire des « mots et des maux » de la journée, à oublier les situations rencontrées et à « tourner la page ». Une femme médecin dans un quartier très défavorisé de l'agglomération Lilloise témoigne de ce qu'elle a failli craquer il y a quelques années. Elle a suivi des formations, s'est fait aider et pense avoir trouvé un nouvel équilibre en « mettant de la distance entre elle et ses patients ». Mais elle sait cet équilibre fragile et ne se voit pas nécessairement affronter cette terrible réalité toute sa vie.

Le corps social malade rend le temps lourd. La vision sacerdotale de la mission du médecin permet de supporter cette lourdeur en donnant un sens ambitieux à la réalisation d'une forme de médecine sociale autant que médicale. Mais il arrive que cet équilibre du « sens » soit fragilisé, par un évènement ou par les années. Dans ces situations, les heures deviennent lourdes et les compter reprend du sens.

> Trop de paperasse : l'écho d'une insatisfaction plus générale

Dans le registre des contraintes (lesquelles peuvent engendrer de fortes plaintes), certains médecins évoquent les tâches administratives et la « paperasse ». Comme nous l'avons vu, ce terme générique désigne trois volets : un temps de traitement des courriers liés aux patients (et de plus en plus souvent maintenant des courriels), un temps consacré aux dossiers et formulaires à transmettre aux CPAM et un temps plus administratif lié à la gestion du cabinet.

Est-ce parce qu'il n'est pas rémunérateur ou pas aussi intéressant que le travail purement médical que ce pan de l'activité est relégué par certains à des marges potentiellement pesantes ? Ce qui est certain, c'est que ne sont pas ceux qui réservent un après-midi à leur temps de « back-office », ni ceux qui arrivent au cabinet une demi-heure avant la première consultation qui se plaignent de la charge administrative. De même, certains font ça le soir,

« devant un match à la télé », sans que cela ne pose de véritable problème. Il y a dans la perception de ce travail administratif des éléments très subjectifs qui dominent.

De l'avis assez général, c'est un volet inintéressant, voire un travail qui ne devrait pas incomber au médecin ou qui est inutile (demandes d'entente préalables...). Mais puisqu'il faut le faire, certains s'y arrêtent et réfléchissent à la bonne méthode, d'autres le traitent sur le mode de « l'évacuation » : il faut le faire, cela ne prend pas autant de temps que ça, et à tout le moins, ça ne pose de difficulté d'aucune sorte. Un généraliste nous a dit en riant : « quand on a fait des études de médecine, on n'a pas de problème avec les choses administratives ». Les derniers ont plus de mal à « évacuer » ces tâches, qu'ils n'ont en plus pas véritablement organisées. D'autres ne parviennent pas à réaliser ces tâches dans la journée ou la semaine de travail. Elles deviennent alors un poids, et sont la cause de plaintes lorsqu'elles passent le seuil du cabinet pour entrer dans le domicile et empiéter sur la vie personnelle.

Il convient ici de distinguer deux catégories de médecins. Les premiers ont objectivement peu de temps dans la semaine pour effectuer ces tâches qui, accumulées, peuvent représenter une activité en soi. Ces médecins sont souvent des généralistes qui enchaînent les consultations et les visites à domicile et dont les plannings sont sans cesse bousculés par des urgences. Pour les seconds, la paperasse est davantage la « caisse de résonance » ou la marque d'une insatisfaction parfois plus abstraite. Ces médecins ne parviennent généralement pas à dire combien de temps prennent réellement les activités incriminées et les évoquent plus volontiers en écho à d'autres problèmes : la performance du secrétariat, la surveillance des CPAM sur leurs prescriptions, la suspicion constante à l'égard des médecins libéraux, les nouvelles exigences des patients, les dysfonctionnements informatiques ou dans les télétransmissions.

Dans ce cas, « la paperasse » signifie autre chose que des tâches administratives chronophages ; il semble qu'elle représente soit une insatisfaction plus directement liée à des positions critiques vis-à-vis de l'organisation du système de santé, soit un signal d'une certaine insatisfaction au travail.

> Trop peu de vie familiale

De façon plus générale, pour la plupart des médecins, il existe une coupure assez nette entre l'activité professionnelle et la vie personnelle. Certains terminent tard le soir et travaillent parfois le samedi matin, mais la plupart tiennent à une séparation nette entre l'univers professionnel et l'univers personnel, et ce d'autant plus qu'ils ont une vie familiale et des enfants en bas âge.

Il apparaît difficile d'apprécier la part de la variable générationnelle dans les manières qu'ont les médecins de se représenter leur activité et de concilier cette dernière avec leur vie privée. Il est en effet difficile de dire si une génération est plus encline à avoir une représentation positive ou négative de son activité compte tenu de l'impact de cette dernière sur la vie privée. Cependant les plus jeunes (hommes ou femmes) disent plus que d'autres plus âgés ne pas vouloir tout sacrifier à leur vie professionnelle, même si cette dernière les passionne. Ils sont à la recherche des modes d'organisation les plus pertinents, tant pour leur équilibre de vie que pour le confort du patient.

Plus que la génération, c'est la position dans le cycle de vie qui paraît déterminante dans l'appréciation portée sur l'activité. Les médecins avec de jeunes enfants, et plus encore les femmes que les hommes, doivent organiser leur temps de manière à s'occuper de leurs enfants. À ce propos, l'effet générationnel est souvent souligné par les jeunes médecins : « Évidemment, je pourrais les faire garder et ne jamais les voir ou éventuellement un peu les week-end (beaucoup de médecins faisaient ça avant), mais j'ai tellement vu d'enfants de médecins devenir délinquants ou souffrir de cette situation que je ne ferai pas cette erreur » (une jeune femme médecin qui a deux enfants en bas âge).

« J'ai pas pris le temps d'élever mes enfants : j'avais pas le temps. Aujourd'hui c'est dur, je m'en rends compte, j'ai manqué des choses essentielles et je continue d'en manquer avec les plus jeunes... mais je n'ai pas beaucoup le choix... c'est notre métier » (une femme médecin, trois grands enfants scolarisés).

Un très jeune médecin est inquiet, car il se trouve déjà débordé. Il décrit une rupture de son plaisir à travailler depuis qu'il est en couple. Heureux de cette vie à deux à laquelle il aspirait, il vit cependant mal cette tension entre disponibilité pour sa compagne et charge professionnelle. Il a peur du temps où il aura des enfants : « Je n'ai pas encore d'enfant, mais quand j'en aurai, je serai obligé de bouleverser les choses. Je n'imagine pas avoir des enfants et ne pas m'en occuper ».

La question des aménagements horaires du matin et du soir ainsi que ceux du mercredi et du samedi se posent plus fortement pour ces jeunes parents médecins. Lorsqu'ils ont l'impression de parvenir à concilier leur vie personnelle et professionnelle, ils donnent aussi le sentiment de vivre sereinement leur activité. En revanche, la question du remord ou du regret de ne pas faire assez dans le domaine privé favorise un regard dépréciatif sur l'activité.

Quoiqu'il en soit, la part du conjoint est ici centrale : « si tout va bien, c'est grâce à elle (lui) », « Je peux travailler autant car j'ai une vie personnelle très équilibrée ». On comprend que cet équilibre se pose bien en termes de conciliation : la conciliation des temps passe par la conciliation sur le temps professionnel avec le conjoint.

Les médecins suggèrent parfois que des tensions ou des divorces sont ou ont été liés à une mauvaise prise en compte de ces équilibres de vie. Cependant, les récits restent flous en la matière et nos entretiens n'avaient pas vocation à entrer plus avant dans le détail. Il apparaît toutefois assez nettement que l'activité est d'autant plus investie et appréciée qu'elle est soutenue dans un cadre privé par le conjoint.

De la même manière, la pression temporelle est moins forte à un certain âge lorsque la famille ne crée plus les mêmes tensions : « j'ai repris mon activité à temps plein quand mes enfants sont entrés au collège... ils sont grands maintenant, ils sont partis de la maison mais j'ai l'impression qu'on a fait les bons choix » (un médecin dont la femme est aussi médecin). Mais certains en profiteront pour avoir du temps à eux et préserveront les journées ou demi-journées non travaillées.

> Trop de stress : le sentiment de perte de la maîtrise du temps

La question de l'appropriation du temps (« je gère mon temps ») est importante pour les médecins libéraux. Beaucoup de médecins affirment apprécier leur métier car c'est une profession libérale qui permet une liberté d'action et d'organisation.

Or comme nous l'avons vu, les choix d'organisation varient fortement d'un praticien à l'autre. Ainsi, si certains envisagent l'ensemble des tâches qui constituent leur activité pour les organiser dans un emploi du temps pensé et maîtrisé : la consultation est sur-rendez vous, le médecin est ponctuel, il préserve du temps pour le traitement des courriers ou des documents administratifs, arrive en avance à son cabinet pour préparer sa journée et lire éventuellement la presse professionnelle. Les journées et les semaines sont éventuellement longues mais elles se déroulent selon un rythme prévu.

À l'opposé de ces situations « sous contrôle », les entretiens réalisés font ressortir deux formes de situations de stress différentes : la première concerne les journées de travail qui ont une forme particulièrement intense et qui se prolongent, la seconde concerne la progressive indifférenciation entre le temps de la vie privée et le temps de l'activité professionnelle.

Intenses, les journées sont décrites comme étant en flux tendus permanents, marquées par des pics réguliers de suractivité et des urgences. Les pauses sont bannies ou très rapidement prises. Il se dégage de ces discours une impression de discontinuité et de rythme soutenu, de course après le temps parfois. Le choix du passage de la consultation ouverte à la consultation sur rendez-vous est nous l'avons vu, un des modes de régulation possible de ce débordement.

Au-delà de cette charge qui fait « déborder » le temps de consultation au-delà d'une heure hypothétique souhaitée, le débordement le plus coûteux subjectivement paraît être celui qui conduit à une certaine porosité entre le temps de la vie familiale et le temps professionnel : il faut retourner au cabinet le week-end ou reprendre des courriers ou des résultats d'analyse le soir après avoir couché les enfants. L'organisation ne prévoit pas à l'avance de temps dédié aux tâches annexes à l'activité médicale, le médecin a l'impression d'être « débordé ». Cette figure est plus fréquente parmi les médecins généralistes qui sont structurellement exposés aux urgences et ont des ressources en secrétariat parfois limitées. Les frontières sont floues et le sentiment que la vie professionnelle envahit littéralement tous les temps est de plus en plus prégnant.

À ce chapitre, il est intéressant de souligner que là encore, ce qui est « mal vécu » c'est l'envahissement du temps personnel par un temps perçu comme trop peu médical. Les temps de garde ne sont jamais présentés comme des temps qui « empiètent ». Ils font partie de la mission médicale et bien qu'éventuellement astreignant, ils ont le caractère valorisant que nous évoquions : c'est bien un temps de médecine. Ainsi une heure d'activité en soirée n'a pas la même charge selon qu'il s'agit d'une garde ou du rattrapage de dossiers pour la sécurité sociale. De façon assez emblématique, un médecin en fin de carrière qui se définit comme un spécimen de l'espèce en voie de disparition que sont les « médecins de famille » décrit avec une certaine nostalgie une époque où il était à la disposition permanente de ses patients et où il était appelé à toute heure du jour et de la nuit. C'est donc sans doute en grande partie parce que les activités résiduelles qui « empiètent » sur le temps de la vie familiale sont des activités

connexes à l'activité strictement médicale, qu'elles produisent ce sentiment de stress et de perte de maîtrise d'équilibres souhaitables chez certains.

Gratifications et sentiment de justice

Le temps passé est assez naturellement d'autant mieux supporté qu'il est rétribué : il peut s'agir d'une rémunération pécuniaire et/ou d'une rétribution symbolique. L'évaluation subjective de la charge de travail est ainsi très directement liée à la perception que le praticien a d'être justement rétribué du don de temps qu'il consent.

La rémunération à l'acte introduit un certain niveau de justice en garantissant une proportionnalité de la rémunération au quantum de travail, mais elle a pour effet (par opposition au salariat) de distinguer nettement des temps d'activités professionnelles rémunérées d'autres qui ne le sont pas. Par ailleurs, cette nomenclature des actes, en ne rétribuant pas également tous les temps de toutes les spécialités ou en distinguant le secteur 2 du secteur 1 induit parfois un sentiment d'injustice dans le traitement des différents praticiens.

Enfin, une grande part de la gratification est évaluée à l'aune de l'attitude ressentie des patients. Selon qu'ils sont reconnaissants ou ingrats, ils contribuent à un surcroît de rétribution du temps passé ou pas.

> Les ambiguïtés de la rémunération à l'acte

La rémunération à l'acte fait peser sur le temps de travail une tension forte rarement évoquée spontanément par les praticiens : « travailler trop » est aussi un moyen de « gagner plus ». Situation ambiguë donc où le choix de réduire son activité est aussi un choix financier déterminant du niveau de vie.

Nous n'avons pas pu dans le temps de l'entretien interroger les praticiens sur les termes de cet arbitrage. Il y a là pourtant une question critique dans la décision « libérale » d'augmenter ou de réduire sa charge de travail. Rappelons ici ce résultat en apparence paradoxal établi par l'étude quantitative réalisée auprès de généralistes dans cinq régions françaises¹⁶ : interrogés sur leur satisfaction à l'égard de leur activité professionnelle à travers la question suivante : « Globalement, à propos de votre activité professionnelle, vous êtes ? Très satisfait(e)/Plutôt satisfait(e)/Peu satisfait(e)/Pas du tout satisfait(e) », les généralistes du panel se disent d'autant moins satisfaits que leur nombre d'heures de travail est élevé, mais à l'inverse d'autant plus satisfait que leur nombre d'actes est élevé.

Nous n'avons pas investi ce champ de questionnement qui nécessiterait pour être bien compris, de repérer les niveaux de rémunérations « horaires » des différents actes spécialité par spécialité. Ce que nous avons entendu en revanche c'est ce qu'induit cette rémunération : une distinction nette entre des temps rémunérés et d'autres pas. Ainsi le travail administratif perçu comme un travail bénévole, ainsi les visites à domicile les plus lointaines insuffisamment rémunérées, ainsi les consultations les plus longues. Un chirurgien nous dit

¹⁶ Aulagnier M., Obadia Y., Paraponaris A., Saliba-Serre B., Ventelou B., Verger P. et al. (2007), « L'exercice de la médecine générale : premiers résultats d'un panel dans cinq régions françaises », Drees, *Études et Résultats* n° 610, novembre.

soutenir la position hétérodoxe de souhaiter que son métier soit demain un métier salarié car il observe qu'ils ne sont pas nombreux à s'investir au-delà des actes et du suivi de leurs patients dans les tâches non rémunérées d'animation collective de la clinique dans laquelle il intervient en libéral.

Cette distinction entre actes rémunérés et tâches non rémunérées n'induit pas nécessairement un refus pour les engagements collectifs dans des missions gratuites, mais d'évidence elle sous-tend des arbitrages non explicités qui conduisent à travailler tard, à prendre relativement peu de vacances, voire à se former peu de même qu'elle installe chez certains une distinction entre des temps dus et des temps indus.

Pour certains médecins en secteur 2, cette distinction s'applique aux patients : le cas des bénéficiaires de la CMU (couverture maladie universelle) pose la question de consultations « insuffisamment rémunérées ». Si la majorité des médecins nous a signifié les soigner comme les autres patients sans aucune distinction, ni discrimination, certains médecins en secteur 2, nous ont toutefois fait remarquer qu'ils étaient payés moins chers quand ils étaient consultés par un bénéficiaire de la CMU. En effet, les médecins inscrits en secteur 2, qui ont le droit de pratiquer des dépassements d'honoraires, sont obligés de respecter les tarifs de base de la Sécurité sociale pour les bénéficiaires de la CMU. Certains avouent donc rediriger ces patients vers des confrères en secteur 1 ou affichent plus clairement leur refus d'accueillir cette patientèle.

> Les hiérarchies implicites entre spécialités

L'acceptation de la charge de travail résulte aussi de l'analyse comparée que chaque médecin opère par rapport à son environnement. Plus que par rapport aux non médecins, cette comparaison est opérée au sein du monde médical. Elle s'appuie sur le constat objectif et la perception subjective d'une hiérarchie qui distingue les spécialités et les pratiques. Sans être déterminant à soi seule, le sentiment d'être dans une position avantageuse ou pas dans cette hiérarchie vient amplifier le sentiment de l'accomplissement ou à l'inverse celui d'un empêchement injuste, en particulier quand cette position ne résulte pas d'un choix personnel mais d'un classement subi à l'issue des études.

La consigne inaugurale que nous avons choisie pour débiter nos entretiens invitait les médecins à une forme de réflexivité, de retour sur ce qui les avait conduits à faire des études de médecine et à exercer dans un domaine en particulier, en qualité de libéral et dans un lieu ou une ville en particulier. Dans ce récit historique se dessinaient des vocations (« *j'ai toujours voulu faire médecine, depuis l'enfance, sans doute à cause de mon médecin de famille* ») des héritages familiaux (« *mes parents parlaient médecine à table et je voyais la lumière dans leurs yeux* ») des non-choix ou des hasards (« *j'avais fait un bac scientifique, la fac de médecine n'était pas loin de chez moi, c'était gratuit, ça ou autre chose* »).

Ensuite, les études sont venues tantôt asseoir des vœux et des ambitions échafaudées en cours d'études ou dans un contexte familial, tantôt les contrarier (classement insuffisant pour aller vers la spécialité souhaitée, pas de clinicat, pas de poste à l'hôpital). Plus souvent, elles ont permis de construire au fil du temps et des stages un intérêt singulier pour l'acte de soigner.

Ces récits nous ont permis de mettre en lumière une hiérarchisation ou une stratification sociale implicite, qui structure en partie les discours des uns et des autres :

« Médecin de la sécu, c'est pire que généraliste » (un spécialiste)

« Je comprends mal mes confrères qui critiquent les honoraires libres. Je crois que c'est surtout le regret de ne pas avoir pu faire un clinicat après leur internat. (un spécialiste en secteur 2)

« C'est pas normal qu'un médecin généraliste de première ligne soit moins payé et moins considéré qu'un dermato en secteur 2 qui est chez lui tous les soirs à 18h et qui ne gère aucune urgence » (un jeune généraliste)

Les courts récits de vie professionnelle montrent à la fois une grande diversité dans les choix opérés, mais surtout montrent que la plupart des médecins ont construit leurs intérêts et leur vocation dans l'action et dans l'expérience et comprennent mal – singulièrement les généralistes – l'existence d'une hiérarchie implicite (réelle ou perçue) qui honore et récompense certains au détriment d'autres... à la manière d'un classement universitaire.

Les médecins généralistes, quelles que soient leurs différences (notamment le lieu où ils exercent leur activité et les caractéristiques sociales de leur patientèle), éprouvent le sentiment de faire un métier assez différent des médecins spécialistes. Ils pratiquent les soins de première ligne, ils assurent la promotion de la santé et la prévention des maladies auprès de patients et/ou de familles avec lesquels ils entretiennent des relations privilégiées. La plupart considère que leur travail ne se limite pas aux seuls soins de santé mais relève aussi d'un accompagnement, d'un « soutien » dans de nombreux cas. Certains, plus engagés, disent assurer de plus en plus des « services de premières lignes » en lien avec le réseau social de leur territoire d'exercice professionnel.

Les médecins spécialistes, en revanche, ne construisent leurs discours que très rarement en opposition aux généralistes. Ils préfèrent faire état des manières différentes de pratiquer ou de s'organiser dans leur spécialité ou explique la singularité ou l'intérêt de leur spécialité au regard d'une autre. Les activités diverses qu'ils pratiquent (pour un nombre important d'entre eux) les conduisent à des échanges entre pairs spécialistes, notamment en hôpital ou en clinique (assez peu avec des généralistes), et permettent des juxtapositions de pratiques et des analyses de pratiques.

Les médecins généralistes, lorsqu'ils exercent leur activité auprès d'une population déshéritée et/ou sur des territoires exsangues (où ils jouent un rôle important de lien social et où ils ont soumis à des pathologies lourdes, des situations sociales complexes et douloureuses, des fins de vie à accompagner), ont le sentiment d'être le rempart à l'indifférence et le seul refuge pour que se disent des souffrances qui ne trouvent plus aucun lieu d'expression. Cependant plus les médecins généralistes exercent leur activité face à une patientèle en difficulté sociale et/ou dans des zones de désertification médicale, moins l'opposition avec les médecins spécialistes semble forte. Il semble alors qu'une forme de « solidarité de contexte » s'installe à la manière d'un maillage rendu obligatoire par la rareté du réseau de soins. De plus, il semble ne jamais être là par hasard et se caractérisent par la détermination de leur position. Ils ont la plupart choisi d'être là où ils sont (c'est peut-être ici un biais de notre enquête où nous n'avons entendu finalement que ceux qui ont accepté de nous voir). On retrouve, à une toute autre échelle et dans un contexte très différent, ce même phénomène dans certains cabinets de groupe ou maisons de santé où le travail collectif est la règle.

En revanche, les comparaisons entre les avantages indus des uns face aux inconvénients sous-estimés des autres, apparaissent davantage dans les zones de densité médicale et notamment au cœur des grandes villes. Cette opposition est exacerbée par le fait que ces dernières accueillent aussi davantage de spécialistes et de généralistes en secteur 2. En effet, dans ce contexte urbain et de densité médicale (nous pensons particulièrement au Sud de la France et la région parisienne), le médecin généraliste de secteur 1 qui ne pratique qu'en qualité de libéral dans son cabinet et en consultation (sans ou avec peu de visites) est paradoxalement contraint à une forme d'isolement et peut ressentir un sentiment de désintérêt de la part du « corps médical », voire d'abandon. Ce sentiment est ressenti plus fortement encore lorsque le généraliste est en cabinet individuel (parfois ce sentiment semble identique dans des cabinets de groupe quand les échanges entre médecins sont rares voire inexistantes). D'une certaine façon, ces médecins deviennent victimes de l'anonymat qu'ils disent soigner parfois. Cet isolement professionnel (le paradoxe est d'autant plus fort que ces médecins peuvent recevoir des dizaines de patients par jour) donne parfois lieu à des propos acerbes sur le système médical et son organisation mais aussi très critiques (un médecin nous a dit : « franchement, je ne sais pas comment ils font pour avoir une vie normale ») à l'égard des médecins qui, finalement, parviennent à équilibrer leur vie professionnelle et leur vie personnelle et surtout à trouver des formes d'épanouissement dans ces deux espaces majeurs de socialisation et de sociabilité.

> La reconnaissance des patients

La manière d'évoquer les patients se caractérise par une certaine ambivalence. Les médecins hésitent à désigner leurs patients comme des individus à soulager ou comme des clients de plus en plus difficiles à satisfaire. Ce qui est net, c'est que certains médecins se plaignent de leurs patients et d'autres pas, et les derniers ont souvent pour avis que « l'on a les patients qu'on mérite ».

Leur patientèle est à la fois constituée de fidèles, de familles suivis depuis des années avec lesquels les relations sont inscrites dans le temps (généralistes en majorité, gynécologues) et une patientèle de « passage », présentant un besoin de soins épisodique (spécialistes en majorité).

Pour les généralistes, la patientèle fidèle est davantage considérée que celle de passage, jugée plus consommatrice de soins, davantage pressée, plus utilitariste et moins encline à la relation personnelle avec un médecin traitant. Pour les médecins, les fidèles reconnaissent l'expertise holistique, laquelle est apportée en tenant compte du contexte familial et du dossier médical de chaque patient.

Pour les spécialistes, le patient est plus souvent un « client » recommandé par un médecin généraliste. Il vient avec une demande particulière et certains médecins observent des changements de comportements chez cette patientèle plus exigeante, moins compliant, qui met parfois en doute les diagnostics ou est très demandeuse d'une médecine de confort ou esthétique. Ici, l'acte médical est plus souvent unique. Les médecins ont aussi davantage à faire face à des relations chargées de l'anxiété du patient, des besoins de savoir ou d'être rassuré.

Finalement, les patients font l'essence et l'intérêt du métier, mais pour que le médecin ait le sentiment d'être reconnu dans son rôle, il doit pouvoir observer dans l'attitude de ses patients les signes de cette reconnaissance. Deux dimensions de la relation fondent cette reconnaissance : un premier niveau de base qui est celui du respect du rendez-vous pris, un second niveau qui est celui du respect du diagnostic et de la prescription.

Une figure de patient revient assez régulièrement au cours des entretiens même chez ceux qui n'ont pas de plainte généralisée sur leur patientèle. Il s'agit du patient qui malgré un rendez-vous fixé, ne tient pas son engagement et n'appelle pas pour annuler. Cette figure du patient « désinvolte » ou « incorrect » permet aux médecins de figer une attitude incivile qu'ils perçoivent comme de plus en plus répandue. En effet, les médecins observent (pour les plus expérimentés d'entre eux) que « la patientèle a changé » et qu'elle impose de plus en plus son planning personnel et ses exigences avant la prise en compte des contraintes du médecin. Ce comportement signifie également, pour les médecins, une moindre considération.

À côté de cette figure emblématique du patient discourtois, gravite également une population plus importante qui, sans faire preuve d'attitudes grossières, multiplie les petites impolitesses ou qui, pendant la consultation, mettent en doute le diagnostic donné. Ces derniers n'hésitent pas à « mettre régulièrement en concurrence les médecins », à demander des consultations par téléphone, à utiliser internet pour manifester des doutes sur telle ou telle prescription... Ces patients moins exigeants pour eux-mêmes (politesse, rendez-vous non tenu) qu'ils ne le sont vis-à-vis de leurs médecins sont, pour certains professionnels, la manifestation symptomatique du nouveau patient consommateur de soins, exigeant et distant contrairement à l'ancienne figure plus « docile », plus confiante et plus fidèle.

Respect de l'autonomie du diagnostic du médecin et compliance thérapeutique sont ensuite, en plus de la civilité, les deux attendus majeurs qui fondent ou entament le sentiment de reconnaissance professionnelle par les patients.

Ainsi, les médecins refusent qu'on les instrumentalise (arrêt de travail, prescriptions ou examens demandés) au nom d'une médecine au service du client et aux dépens de la collectivité ; lorsqu'ils ont ce sentiment et qu'il s'installe durablement, ils n'hésitent pas à évoquer les patients en des termes très critiques. La capacité du médecin à résister à la volonté de certains patients de dicter la prescription paraît essentielle pour maintenir le praticien dans une image de soi valorisante.

Par ailleurs, le patient non compliant est celui qui empêche le médecin de soigner. Deux figures ont été avancées comme particulièrement pesantes. La première est celle du toxicomane. Elle est complexe car elle prend une ampleur particulière dans des territoires durs par ailleurs. Elle expose le médecin à des risques (violence). Mais plus fondamentalement, ce qui est reproché à ces patients, c'est de ne pas vouloir se soigner. Certains médecins disent ne pas les soigner. Ils sont obligés pour cela d'avancer qu'ils n'y peuvent rien, mais cela reste une marque d'impuissance. Ils appellent de leurs vœux des modes de prise en charge alternatifs. En outre, des ophtalmologistes ont avancé des difficultés autres avec des patients « qui ne comprennent pas ». Il semble en effet que certains diagnostics (optométrie, ou audiogrammes pour les ORL) appellent une forme de collaboration des patients. Elle est parfois complexe, et surtout elle peut prendre du temps. Pour les praticiens pressés, il y a une

pénibilité à se heurter à cette incompréhension, dont toute la responsabilité est attribuée au patient.

Toutes ces situations où la relation entre le patient et le médecin est dégradée par rapport à ce que le médecin envisage comme une relation normale, sont des situations de temps « lourds ». Selon qu'elles sont exceptionnelles ou tendent à se répéter, elles font varier la charge de travail perçue.

> Le procès comme ébranlement de tous les équilibres

La peur du procès ou les procès en cours ne sont que peu évoqués directement mais font parfois l'objet d'allusions durant les entretiens. Il serait probablement exagéré de dire que cette peur pèse sur l'activité des médecins et qu'elle hante chaque consultation ou geste médical, mais elle est une donnée avec laquelle composent aujourd'hui les médecins, et plus particulièrement ceux qui opèrent.

Ce qui a surtout changé, ce sont les pratiques de défense préventive. Les médecins ont été conduits à « dramatiser » les mises en garde à l'adresse des patients, en particulier avant des actes chirurgicaux. Certains déplorent cet « abus de mise en garde », qui est devenu la règle par nécessité.

Si certains évoquent le temps passé à se protéger ou à se défendre des plaintes à leur endroit, ils sont plus nombreux à dire observer une dérive abusive en la matière et une remise en cause de plus en plus systématique de leur professionnalisme : « *on est sans doute la profession la plus formée d'un point de vue pratique et théorique à l'issue de nos études et malgré ça on est toujours suspects de mauvais soins et de négligence* ».

Cette remise en cause et ce manque de reconnaissance pèse pour certains plus lourd que les hypothétiques risques de procès. Néanmoins, quand le procès est là ou a eu lieu, c'est une épreuve. Le lien avec le patient est définitivement détruit. Même quand l'issue est favorable, c'est une atteinte personnelle et un temps énorme consacré à l'organisation de la défense.

L'enjeu de l'accomplissement

Au total, chaque praticien en fonction du temps qu'il « investit » dans son activité professionnelle évalue subjectivement la rentabilité de son investissement. Il paraît de façon assez claire que le principe de rentabilisation ou de retour sur investissement peut s'exprimer ainsi : le temps global de l'activité professionnelle est rentable si l'on fait la médecine que l'on souhaite faire. À l'inverse, dans toutes les situations où l'exercice de la médecine se trouve contraint dans les choix qui le fondent ou dans les conditions de son exercice, la rétribution monétaire qui en est tiré est réévaluée à l'aune de perceptions plus subjectives de la dureté ou de la lourdeur de tout ou partie du temps de travail.

> Temps du bilan

Le cycle de la vie passe par des points d'étape et de bilan. Certains médecins, parmi les plus âgés, n'ont plus de projets, sauf celui de continuer leur activité encore quelques années en l'état. Ils portent un regard distancié sur leur activité et valorisent plutôt leurs réussites.

Les autres se distinguent plus ou moins par des projets professionnels en devenir. Les horizons apparaissent ouverts pour certains (notamment pour les plus jeunes ou les spécialistes qui cumulent les activités et les expériences en libéral et à l'hôpital). Ces derniers conçoivent leur activité du moment comme une étape vers un meilleur possible ou comme la concrétisation de projets ambitieux à leurs yeux.

En revanche, certains médecins peuvent aussi avoir le sentiment d'avoir manqué quelque chose dans leur parcours (médecine générale ou spécialité non souhaitée, projets contrariés pour multiples raisons), de ne pas avoir la vie dont ils avaient rêvé en faisant médecine. Les désillusions (dont les causes sont le plus souvent difficilement identifiables) sont plus ou moins fortes et les ambitions dissoutes dans un quotidien devenu pesant. Ces médecins parlent plus que les autres des risques du burn-out et de « la fatigue du matin », du manque d'appétence à exercer leur métier. Si cette population est bien entendu loin d'être majoritaire, elle n'est pas non plus exceptionnelle.

Encore une fois, s'il est indéniable que la pratique libérale de la médecine contraint à une gestion comptable et administrative d'un cabinet (contrainte plus ou moins importante selon que la charge est partagée ou assumée par le médecin seul) ainsi qu'à une coopération et une utilisation des outils développés par les services des CPAM, cette composante du travail « non médical » est plus ou moins vécue comme une charge au regard des situations rencontrées.

Si l'intensité de l'activité, le rythme, l'absence de coupures et de pauses, les urgences et le contexte social contribuent à peser objectivement sur l'activité de certains médecins (plutôt généralistes), et donc donnent des récits de journées parfois épiques et interminables, tous les médecins confrontés à ces situations ne semblent pas la vivre de la même manière. Les ressentis ne semblent, une nouvelle fois, pas exclusivement liés à des faits objectifs et objectivés par les principaux intéressés.

Les entretiens avec les médecins rencontrés ont été l'occasion d'un bilan pesé de tous ces éléments objectifs et subjectifs.

> Conception ascendante ou descendante de la pratique

Au final, le discours sur l'activité, et plus globalement sur le temps de travail, est fortement lié au sentiment de réussir ou pas ce qu'on veut faire en médecine et à la manière dont ce projet s'articule avec la vie personnelle (estime de soi, épanouissement personnel et professionnel).

Deux attitudes émergent assez nettement des entretiens quant à l'appétence vis-à-vis de l'activité médicale. Le premier constat est que de nombreux médecins ne parlent jamais de contraintes dans leur activité. Ils évacuent le « superflu » (c'est-à-dire les activités non strictement médicales) et n'identifient pas spécialement de pertes de temps ou de tâches chronophages qui empiètent sur les actes médicaux et désorganisent leur travail et leur vie privée. Leur organisation est rodée et correspond parfaitement à leur mode de fonctionnement, à la représentation qu'ils se font de leur métier. Ils mettent d'abord en avant la passion qui est la leur à exercer dans un domaine précis, à « aider » des patients ou à respecter une éthique. Le reste est à leurs yeux anecdotique, voire insignifiant au regard de la pratique de la médecine. Ces médecins ont une haute considération de leur métier et de la

profession médicale en général. Ces médecins parviennent plus que les autres à mettre en œuvre un modèle de médecine qui leur convient parfaitement. On trouve des modalités très diverses, mais chacune d'entre elles répond à une conception choisie du métier. D'autres vont évoquer très spontanément ce qui fait selon eux les difficultés ou les inconvénients de leur métier, sans toutefois que cela n'entame leur satisfaction globale à l'exercer dans les conditions qu'ils ont choisies.

Quelques exemples de ces médecins qui vivent une vie professionnelle dans laquelle ils s'accomplissent.

Médecin Généraliste, homme, 47 ans, grande couronne parisienne, marié, des enfants, 55 heures de travail hebdomadaire du lundi au vendredi, 4 semaines de vacances par an, 2 ou 3 semaines de formation par an

Ce médecin généraliste, passionné, semble avoir une grande maîtrise de sa pratique et de son organisation et dit étonner son entourage professionnel par sa capacité à faire tant de choses. Il tient en un mi-temps le poste d'un plein temps hospitalier. Il ne parle que de son métier.

Il a réussi deux fois l'internat en psychiatrie et en anesthésie-réanimation, sans jamais modifier son projet d'être médecin généraliste. Il prépare une capacité en gériatrie actuellement. Ayant rêvé jeune de faire « médecin du monde », il a commencé sa carrière en étant 10 ans urgentiste. Ce passé, tant le temps des études que celui de l'urgence, le conduit à relativiser la complexité et la charge actuelle. En outre, il a construit un emploi du temps qui lui donne le sentiment de préserver la vie familiale : « maintenant je fais 8h45 – 19H30/20H00 non stop du lundi au vendredi et après je suis tranquille ». S'ajoute néanmoins une garde de soirée tous les deux mois et la formation continue.

L'équilibre entre activité libérale et hospitalière a trois composantes. L'hôpital est d'abord le lieu pour se former et continuer à se former. La double activité lui permet une diversification très salutaire : « en gériatrie, il faut trouver des soupapes, c'est trop dur à 100 %, c'est comme la cancéro ». Sa consultation en libéral lui permet de voir des enfants, des jeunes, des familles. Il a néanmoins un projet de consultation gériatrique en ville.

Il a beaucoup réfléchi à la durée des consultations : la moyenne n'a pas de sens. Il faut une heure en gériatrie et 10 à 45 minutes en médecine générale. Il fixe donc des rendez-vous toutes les dix minutes, rendez-vous qu'il conçoit comme un droit d'accès à la consultation. Les patients attendent jusqu'à deux heures mais sont certains d'être pris. Le téléphone est filtré par le secrétariat et ne sonne pas pendant la consultation à l'exception de 5 ou 6 communications par jour. Il voit en peu de temps énormément de patients « en ville on est obligé d'aller vite ».

Il a une activité de formateur pour ses services à l'hôpital (il fait des dossiers de littérature scientifique « pour ceux qui ne lisent plus » et qu'il oblige à lire) mais aussi dans une association gérontologique. Il a écrit un livre de médecine d'urgence qui en est à sa deuxième édition et s'astreint à écrire un article tous les deux ans.

La clé de cette sur-activité qu'il ne vit pas comme telle réside dans trois facteurs « *de l'organisation, une bonne mémoire, lire et relire la littérature scientifique* ». La question de la

charge administrative le fait sourire « quand on a fait des études de médecine, on n'a pas de mal avec ces questions-là ».

Médecin généraliste, femme, 32 ans, Paris, en couple sans enfant, 36 heures de travail hebdomadaire, ne travaille pas les mardi matin, vendredi, travaille le samedi matin, 5 semaines de vacances par an, 1.5 semaines de formation par an

Cette jeune médecin a initialement fait médecine avec l'idée de faire de la recherche. Puis elle a découvert la médecine générale et la gynécologie pendant ses études. Elle se trouve associée dans le cabinet où elle a fait un stage. Le hasard mais surtout la conviction d'avoir trouvé un lieu pour faire « la médecine qu'elle veut dans les conditions qu'elle souhaite ».

Ce sont des conditions relativement coûteuses, plus tenables pour ses deux associés plus âgés qui sont en secteur II, mais ce sont les conditions d'une pratique agréable : matériellement (des locaux spacieux et jolis, un secrétariat partagé) et intellectuellement. Les deux associés fondateurs étant hospitaliers et maîtres de stage ont mis en place un groupe d'EPP. Le cadre permet donc une médecine réfléchie et de qualité. Avancée comme une garantie, la phrase « on ne reçoit pas les labos ».

Le collectif est très organisé et la gestion du fonctionnement matériel et logistique du cabinet était assurée avant son arrivé. Elle s'occupe néanmoins avec sa jeune collègue des achats et du matériel « du coup, je ne fais que très peu de choses non médicales, c'est pour ça que je me suis installée ».

Elle a une pratique dans laquelle la gynécologie et la pédiatrie occupent une place importante. Ce sont des consultations « gaies ». Elle a fait des DU pour cela.

Son discours témoigne d'une réflexion approfondie sur ce qu'elle valorise et ce qui lui pèse. Elle explicite très bien ce qui fait les difficultés du métier. Au chapitre des difficultés structurelles, le sentiment d'injustice vis-à-vis de spécialistes mieux payés et qui n'assurent pas la fonction de premier recours, celle qui est fatigante et parfois difficile. Au chapitre des difficultés ponctuelles : les demandes illégitimes de certains patients : arrêts de travail rétroactifs, prescriptions. Toutes choses auxquelles elle se refuse. Mais ces consultations sont pénibles car elle se sent au pied du mur, son expertise est déconsidérée, elle n'est pas respectée dans sa fonction de médecin.

Au total, elle souligne la fatigue qui résulte d'une journée de 30 consultations, sachant que certaines journées d'hiver sont bien pires. Avec pour paradoxe d'être des journées qui assurent in fine la rentabilité du cabinet.

Elle dit avoir trouvé la juste distance vis-à-vis des situations lourdes qu'elle découvre ou accompagne : médicales comme personnelles. « Il y a les annonces de maladies et plus généralement le constat que « Tour sort en consultation », c'est-à-dire les problèmes familiaux, de couple, professionnels, financiers. « J'essaie de ne pas être trop éponge, de ne pas être trop affectée. Le soir, je sors fatiguée, vidée, mais je fais la part des choses ».

Elle adore son métier « super beau » qui lui donne un sentiment fort d'utilité.

Rhumatologue secteur 1, homme, 60 ans, ville moyenne, marié, deux grands enfants, 65 heures de travail hebdomadaire, 5 à 6 semaines de vacances par an, 2 semaines de formation par an

Si l'activité du médecin est très dense, elle est toutefois parfaitement maîtrisée. La secrétaire installée depuis près de 25 ans au côté du médecin régule parfaitement les flux de patients et module la durée des rendez-vous du fait d'une très bonne connaissance de la patientèle.

Le médecin répartit son activité, depuis 30 ans, entre consultation sur rendez-vous au cabinet et consultation à l'hôpital tous les matins y compris le samedi. Il prend $\frac{3}{4}$ heure pour déjeuner. Il possède une parfaite maîtrise de l'outil informatique, il saisit tous ses actes en présence des patients et consacre une demi-journée par semaine pour une mise à jour administrative (notamment compte-rendu aux confrères et rapports d'expertise DASS et COTOREP). Le docteur reconnaît que son rythme est fatiguant et que « c'est psychologiquement pompant » mais il le maîtrise sans écart.

Il dit de son activité à l'hôpital qu'elle « lui fait du bien [...] c'est une connexion avec d'autres spécialités, c'est stimulant intellectuellement et intéressant financièrement, c'est une assurance vie ». Sa patientèle au cabinet est composée essentiellement de personnes âgées : « des gens modestes abimés par des métiers difficiles ». Celle de l'hôpital est encore plus démunie : « il y a plus de misère et on fait beaucoup de social sur le temps médical ».

Il considère les deux semaines de formation qu'il s'accorde chaque année comme « une soupape nécessaire ». Le médecin dit ne perdre du temps que dans une situation : « je parle beaucoup trop aux gens mais dans l'approche de la douleur, il faut savoir écouter ».

Cardiologue, secteur 2, femme, 37 ans, Paris, en couple, des enfants, 50 à 55 heures de travail hebdomadaire, 5 semaines de vacances par an, 1 semaine de formation par an.

Cette jeune médecin n'a pas choisi cardiologie pour se reposer. Elle n'aurait pas pu faire une discipline « contemplative » comme la neurologie ou la pneumologie. Elle apprécie l'utilité de sa discipline et aime cette nécessité d'aller vite dans certaines situations. Sa consultation libérale n'est pas trop dense : elle apprécie de ne pas avoir la pression d'un surplus de patients. Pour autant, elle n'a pas de « trou » dans son agenda sauf si un patient annule sa consultation. Les consultations sont particulièrement longues (45 minutes) en cas d'électrocardiogramme.

Elle a un mi-temps hospitalier. Elle trouve essentielle la complémentarité des deux pratiques : l'hôpital offre des pathologies plus graves et plus aiguës, c'est le lieu de collaboration avec les professeurs, la réunion de staff est un lieu de formation qui rend les formations continues un peu ternes.

Elle adore son métier et se demande si elle n'est pas trop enthousiaste dans sa manière d'en parler. Ses seules difficultés sont conjoncturelles. Elle témoigne de l'agacement vis-à-vis des Urssaf ou de la sécurité sociale avec qui elle vient d'avoir un échange de courrier dont elle juge qu'il est une perte de temps comme tout ce qui n'est pas médical. Il faudrait que les problèmes de gestion ne traînent pas en longueur et elle formule une plainte assez commune vis-à-vis de l'attitude des services de sécurité sociale : suspicieux, considérant par défaut les

médecins comme des voleurs. Or elle considère que sa pratique libérale n'est pas très lucrative : elle fait des consultations longues, à mi-temps, étant seuls dans son cabinet, elle a un loyer élevé dans le quartier « chic » dans lequel elle est installée (à proximité de l'hôpital où elle exerce). En comparaison, elle apprécie le statut salarial à l'hôpital qui la dispense de toutes ces considérations de gestion

Médecin généraliste, homme, 29 ans, zone rurale défavorisée, 60 heures d'activité par semaine, 6 semaines de vacances par an, 2 semaines de formation par an

Ce jeune médecin est animé par une forte volonté de construire et de participer à une organisation performante des soins primaires au niveau local. Il a fait sa thèse dans ce sens, a toujours souhaité s'installer dans une zone défavorisée (socialement et médicalement). Il a trouvé un lieu où des structures en réseau déjà avancées étaient en place : en périnatalité et gériatrie et s'implique fortement dans leur développement. Il croit beaucoup à la prévention et à travers l'expérience d'une infirmière de prévention, et met en place l'évaluation des retours sur investissement de cette prévention : « une dialyse en moins c'est un médecin payé ».

Il observe que son cabinet de groupe gagne en réputation, qu'il parvient petit à petit à éduquer ses patients. Il aime les pathologies lourdes et les pathologies chroniques, les nez qui coulent l'ennuient et a choisi de s'investir dans l'addictologie « parce que c'est compliqué ».

Il travaille énormément. Il a du mal à prendre une pause pour déjeuner bien qu'il considère cette respiration comme essentielle. Mais il n'envisage pas de réduire véritablement sa charge de travail et en tous cas ne pense pas passer à 4 jours, même si il sait que s'il a un jour des enfants, il faudra être plus disponible. Il devrait déménager pour se rapprocher de son cabinet. Il voit de nombreuses variables d'ajustement pour gagner du temps ou de la ressource : déléguer une part de gestion (bons de transport, comptabilité, versement des chèques en banque), organiser le partage des patients, rationaliser les circuits de visite à domicile en se répartissant les aires géographiques, développer la prévention et l'éducation des patients avec des retours mesurables et mesurés.

Il dit prendre beaucoup de vacances (6 semaines), et se former beaucoup, les temps de formation étant aussi des temps de récréation.

Même si la charge est lourde, les responsabilités importantes, rien ne pèse trop pour ces médecins. Ils ont choisi ce qu'ils font, aiment ce qu'ils font, veulent parler de cela, de leur passion, de ce qui fait une grande partie de leur vie. Ils s'organisent et se forment pour se libérer d'un certain nombre de contraintes et pour toujours améliorer leurs pratiques et leurs attitudes face aux patients. On peut dire qu'ils décrivent « par le haut » leur activité. Les figures sont différentes : excellence technique de l'expertise, implication dans une santé « sociale », investissement dans une relation attentive au patient, participation à la maîtrise des dépenses de santé. Ils ont en commun d'avoir un regard très réflexif sur leur travail et le souci de l'amélioration des pratiques.

Face à eux, des médecins font une description de leur activité « par le bas » et la présentent comme continuellement contrainte. Ils semblent « empêchés » de pratiquer convenablement leur métier : la paperasse, les patients consommateurs, les « vigiles » de la CPAM, le système

à la dérive sont autant de pollueurs d'activité. On est tenté d'utiliser le concept de « dissonance cognitive » pour comprendre leur situation. Ces médecins se trouvent dans un état de tension plus ou moins fort mais ne parviennent pas à mettre en œuvre des stratégies de réduction de cette dissonance et à remettre en cause des cadres, des références trop rigides. La rationalisation n'opère plus et la frustration ou les désillusions prennent le dessus. Ils apparaissent plus « laborieux » que les premiers, moins « ambitieux » vis-à-vis de la pratique de la médecine.

Certains ayant levé trop de barrières de protection ne parviennent plus à maintenir la bonne distance face aux patients et se trouvent à découvert face aux souffrances observées. Ceux-là ne parlent jamais de burn-out ou de dépression mais on les sent à fleur de peau lorsqu'ils parlent de leur activité et disent débiter leur journée fatigués.

Quelques exemples de ces situations tendues où la passion du métier s'efface derrière les difficultés ressenties.

Médecin généraliste, femme, 42 ans, quartier pauvre de l'agglomération lilloise, 42 heures de travail par semaine, travaille les lundi, mardi, jeudi et vendredi, 12 semaines de congé par an, 1 semaine de formation par an

La médecine est une vocation depuis l'âge de 9 ans, sans prédestination familiale. Son installation a fait suite à dix années de remplacements, le temps que son mari cardiologue ne s'installe. Elle parle souvent de « nous » pour expliquer le choix d'orientation ou d'organisation du cabinet qu'elle partage avec son associée, généraliste également. La continuité des soins est assurée 6 jours sur 7 alors que les deux associées travaillent chacune 4 jours. Une collaboratrice est là les jours d'absence de chacune et le samedi, ainsi que pendant les vacances scolaires.

Elle affectionne particulièrement la pédiatrie et la gynécologie, parce qu'elle aime bien le rapport avec les femmes et s'émerveille devant la naissance. La population de la ville est particulièrement défavorisée. Cette généraliste constate qu'elle pratique une médecine plus intéressante que dans bien d'autres endroits moins pauvres, mais cet intérêt n'est pas sans contreparties difficiles. Ces difficultés ne sont pas médicales mais sociales. « on soigne mais on a un sentiment d'impuissance profond par rapport à leur situation, à des formes de misère sociale très dures ».

Après un épisode d'épuisement moral et physique lourd lié à cet environnement et à des journées à 50 consultations (« j'ai presque dévissé la plaque »), elle dit avoir « levé le pied » depuis un an : d'une part en prenant le mercredi et d'autre part en mettant toute la consultation sur rendez-vous. Elle s'arrête à toutes les vacances scolaires et prend 4 semaines l'été.

Elle souhaiterait se former d'avantage, n'exclut pas de passer à 3 jours par semaine, mais cela supposerait de trouver des locaux avec une possibilité de troisième salle de consultation. Globalement elle se dit tiraillée entre l'intérêt réel pour son métier et son attachement à ses patients et l'envie de plus de détachement par rapport à sa vie professionnelle. À plus long terme, elle n'est pas certaine de rester durablement installée et pourrait faire des remplacements.

Ophtalmologiste, homme, 51 ans, zone rurale défavorisée, en couple, 58 heures de travail par semaine, du lundi au vendredi et 1 samedi par mois, 6 à 7 semaines de vacances par an, 1 semaine de formation par an.

Le bourg est très enclavé et cet ophtalmologiste est le seul sur un rayon de quarante kilomètres. Selon une expression locale « ici, les corbeaux volent à l'envers pour ne pas voir la misère ». À ce contexte difficile s'ajoute une histoire de collaboration malheureuse avec l'hôpital qui a conduit ce praticien à abandonner toute activité chirurgicale. Il n'a par ailleurs pas les moyens d'assumer seul les investissements que requièrent la discipline dans ses avancées les plus modernes. Son cabinet paraît vieux et presque sale. Il en assure lui-même l'entretien.

Ce n'est pas tant la charge de travail que les conditions de travail qui lui pèsent. Il aimerait rejoindre une maison de santé collective.

Il se trouve donc face à une demande pléthorique, avec peu de moyens et des moyens techniques insuffisants. Il se plaint beaucoup de l'attitude des patients et de leur incapacité à collaborer efficacement aux soins. Il déplore le peu de respect des RDV : beaucoup d'annulations, d'oublis de retard alors qu'il n'aime pas faire attendre. Il a également un sentiment d'incompréhension, qu'il explicite : les patients ne se rendent pas compte de la difficulté du métier et de l'expertise qu'il requiert. Il dit toujours aimer son métier, mais son récit témoigne d'un fort sentiment de déclassement. La solution évoquée attendue d'une maison de santé ne dépend pas de sa seule décision et il se trouve sans doute durablement dans une situation sur laquelle il ne paraît pas avoir prise.

Médecin généraliste, homme, 29 ans, zone rurale, 60 heures d'activité par semaine, 2 semaines de vacances par an, pas de formation

Ce jeune généraliste exerce dans une maison de santé qui fait figure d'organisation pionnière. Le contraste est saisissant avec son confrère qui exerce dans la même maison de santé. Contrairement à ce confrère un peu plus âgé que nous avons rencontré et qui nous parle de son enthousiasme pour son métier exercé dans ce cadre, ce jeune médecin décrit un stress immense. Arrivé pour décharger ses deux confrères, il a connu un ou deux ans durant lesquels il avait au mieux une trentaine de consultations par jour. Il soutient que le rythme idéal est de 3 par heures. C'est ce qu'il voudrait maintenir, mais la réalité est tout autre.

L'hiver 2008/2009 semble particulièrement chargé, et il a le sentiment de ne plus pouvoir faire la médecine qu'il aime. Il est énervé, se dit peu aimable avec la secrétaire ou ses associés, craint l'erreur médicale. Son bureau est dans un grand désordre apparent. Un agenda rempli est une vision du matin qui l'angoisse (c'est le terme qu'il utilise), il sait qu'à ce qui est programmé s'ajoutera des urgences et des imprévus, il sait qu'il rentrera trop tard chez lui. Or depuis peu, il vit en couple et déclare « le problème c'est ma vie personnelle ». Il n'a pas encore d'enfant mais souhaite en avoir et l'intensification de sa pratique lui rend cette perspective compliquée. Il revient souvent au cabinet le week-end pour faire de la gestion, scanner des documents pour les dossiers des patients, faire la comptabilité.

Pourtant, il dit être presque complexé car il pense être moins performant que ses deux associés. Ses dossiers médicaux sont moins bien tenus. Il fait moins de visites à domicile, au

terme d'un accord qu'il qualifie de tacite. Il s'implique peu dans toutes les actions de santé publique. Il parvient assez régulièrement à rentrer déjeuner chez lui.

Il paraît très inquiet et ne sait pas dans ces conditions de ce qu'il adviendra à court terme de sa passion pour la médecine générale.

Ces trois exemples témoignent de la diversité des situations de ces praticiens qui se décrivent comme au bord d'une rupture et à tout le moins sans confiance. Cette perte de confiance provient du sentiment de ne pas avoir de prise réelle sur les conditions d'exercice : soigner les maux de la pauvreté, accéder de nouveau à un plateau technique dans un désert médical, ralentir le rythme des consultations dans un environnement où la norme est définie par le collectif de la maison de santé. La tension psychologique et le malaise quotidien est très ouvertement décrit.

Dans un cas, l'arc est tendu : la recherche de l'excellence se concrétise par un intérêt jamais démenti pour la médecine et une parfaite maîtrise du geste professionnel, l'ensemble générant une forte estime de soi. Dans le second cas, la corde est plus lâche et le vécu professionnel est décrit comme plus pénible, plus contraint, moins épanouissant et pas aussi valorisant que souhaité. Dans le premier cas, il peut y avoir une fatigue du soir, signe d'accomplissement. Dans le second cas, il y a assez fréquemment une fatigue du matin, signe d'impuissance ou de résignation.

Entre ces deux figures polaires de l'accomplissement et de la déception, il y a également des postures plus neutres et moins impliquées, qui décrivent une pratique rigoureuse et sage mais dans des cadres relativement autonomes et sans engagement particulier au-delà de l'activité libérale minimale. Cette figure est naturellement plus présente chez des spécialistes mais aussi chez des généralistes urbains qui ont fait le choix d'exercer à temps partiel, qui ne font pas de visites à domicile, pas de gardes. Certains parlent volontiers de linéarité ou de continuité concernant leur activité. Les journées et les semaines se répètent ou se ressemblent. Elles sont évoquées avec un peu de « monotonie ». Des petites coupures ritualisées (pauses cigarette, café, thé, discussion avec les secrétaires) viennent parfois rompre une régularité plus souvent souhaitée que subie. Pour ceux-là, quelques rares urgences ou moments dans l'année viennent perturber ces journées-types. Les tensions sont peu présentes dans le discours de ces médecins, y compris celles qui peuvent être liées aux caractéristiques de la patientèle. Cela ne signifie aucunement que leur activité est faible mais la constance des flux (et probablement des types de pathologies soignées) donne une impression de mécanique ondulatoire. Ce mode d'investissement donne l'occasion du récit d'une certaine forme de confort (non dénué d'exigences). C'est l'image de l'équilibre qui domine dans ce récit.

Conclusion

Parler de l'activité, du temps de travail et des modes d'organisation des médecins libéraux, nécessite de combiner une double approche.

La première cherche l'objectivation des situations rencontrées. Elle tend à décrire comment le temps est découpé et séquencé et en quoi cela révèle des formes d'activités distinctes. Elle permet aussi de saisir les rythmes de travail (entre discontinuité et césure), d'éclairer les modes d'organisation et montre les choix opérés et les contraintes vécues par les médecins libéraux.

La seconde est plus subjective et plus analytique puisqu'elle propose de décrire les représentations que les médecins ont de leur temps de travail et de leurs pratiques professionnelles puis tente d'analyser les modalités d'émergence et de sédimentation de ces représentations. Le temps est ici perçu comme une construction abstraite multifactorielle. La perception et la manière dont les médecins libéraux parlent de leur temps deviennent alors des « miroirs réfléchissants » et nous aide à mieux comprendre leurs postures et leurs manières de vivre leurs activités professionnelles.

Objectivement, on peut dire, que les médecins travaillent beaucoup. Bien entendu, cette assertion se comprend en moyenne, ce qui veut dire qu'elle ne concerne pas tous les médecins mais une majorité d'entre eux. Les emplois du temps sont variés mais chargés pour la plupart. Les journées se terminent souvent après 20H ; une journée travaillée comptant en général entre dix et douze heures d'activité.

La principale caractéristique des temps d'activité professionnelle des médecins est le fractionnement. Ce dernier est lié aux différents types d'activités exercées, aux différents types des lieux de travail et au fractionnement même des plages de consultation ou d'intervention. La forme des temps de travail est elle aussi extrêmement disparate. Elle dépend des choix individuels et professionnels, des effets des contraintes exogènes liées au cycle de vie, des situations familiales. Elle est en réalité la conséquence d'un statut libéral qui permet de choisir ses activités et son temps de travail.

Toutefois les emplois du temps sont largement structurés par la spécialité. Tout d'abord les temps moyens des consultations ne sont pas les mêmes selon les spécialistes, la variance du temps des consultations non plus, les médecins sont soumis ou non aux urgences, aux gardes, aux visites à domicile, aux activités cliniques. Les patients sont suivis ou au contraire vus ponctuellement. Ces caractéristiques, propres à chaque spécialité, déterminent la variété des lieux de travail (cabinet, hôpital, clinique, domicile des patients), l'intensité du travail (nombre d'actes par heure) et la prévisibilité du déroulement de la journée de travail (part des urgences et variance des temps de consultation).

Tandis que la diversité des natures d'activité et la prévisibilité sont davantage le fait des spécialistes, l'activité du médecin généraliste conduit à une forme des temps à la fois plus routinière, en raison de journées faites essentiellement de consultations, plus aléatoire, en raison de la part importante d'urgences, et plus fractionnée en raison de la brièveté des consultations.

Pour conduire leur activité, les médecins font appel à des modes d'organisation qui traduisent souvent la façon dont ils conçoivent leur métier et le rapport qu'ils souhaitent entretenir avec leur patientèle. Parfois mais plus rarement, ils héritent de situations ou d'équilibres qu'ils jugent bon de ne pas compromettre. Ainsi, la consultation libre ou sur rendez-vous, la forme du secrétariat et l'aspect du cabinet médical, le fait de répondre ou non au téléphone, de télétransmettre ou non, le degré d'informatisation, donnent lieu à une multitude de modes d'organisation ; lesquels sont autant de conjugaisons et d'arbitrages personnels. En l'absence de typologies remarquables, ce sont des logiques d'acteurs et des stratégies individuelles qui apparaissent.

Si chacun parle de « son activité » ou de « la manière d'organiser son temps », les médecins qualifient différemment leur activité et notamment les rythmes et l'intensité de cette dernière. Certains parlent volontiers de linéarité ou de continuité concernant leur activité. Les journées et les semaines se répètent ou se ressemblent. Elles sont évoquées avec un peu de « monotonie ». Pour d'autres, elle est intense et faite de césures multiples liées à la diversification des activités (notamment en clinique et/en à l'hôpital).

La diversification des activités médicales et la valorisation personnelle qu'elle suscite apparaissent comme un point clé de cette étude. Ainsi le degré d' « estime de soi » que vont éprouver les médecins est fortement corrélé au fait de pouvoir exercer dans des contextes différents.

Au-delà, c'est le sentiment d'avoir choisi sa destinée professionnelle (ou pour le moins de ne pas subir une trajectoire non souhaitée) qui constitue la clé de voûte du système de représentations des médecins. On rencontre donc des destins contrariés (« l'hospitalière m'aurait sans doute plus convenu », des destins accomplis (« je n'aurais jamais pu, ni voulu faire autre chose ») et des hasards constitutifs où les parcours se sont construits sans intention initiale et sans attente particulière (« ça ou autre chose ? »).

Ainsi les tâches administratives en lien avec l'activité médicale et celles liées à la gestion du cabinet, le regard porté sur les CPAM et le système médical de façon plus globale, l'attention et le jugement portés sur certains patients et confrères, semblent dépendre de deux conceptions polaires : ceux qui décrivent « par le haut » leur activité et ceux qui ressentent leur activité comme continuellement contrainte.

Si objectivement, certains médecins sont plus ou moins contraints du fait de leur spécialité et des organisations que cela impose, on remarque parallèlement que ces contraintes pèsent plus ou moins selon que le médecin a le sentiment d'une reconnaissance de son travail ou de son parcours, de son rôle dans le système médical d'aujourd'hui. C'est la mesure des écarts entre le choisi et le subi, l'activité reconnue ou passablement ignorée, l'activité linéaire et celle plus diversifiée qui offre ici une lecture singulière de la représentation du temps des médecins et du devenir de leurs activités.

Annexe 1 – Méthodologie

L'objectif de diversification de l'échantillon interrogé

Interroger un panel de praticiens pour comprendre comment se structure leur activité requiert non pas un échantillon représentatif des diverses catégories de médecins mais plutôt un échantillon représentant la variété des modes d'agir.

De multiples facteurs sont susceptibles d'influencer la pratique des médecins libéraux. Le travail d'échantillonnage consiste à identifier des caractéristiques d'état que l'on peut connaître avant l'enquête et que l'on suppose a priori être déterminant et facteurs de variance dans les emplois du temps professionnels.

Sans préjuger de la hiérarchie des facteurs, nous avons retenu 7 dimensions d'échantillonnage sur lesquelles nous allons revenir. Ces dimensions sont :

1. l'âge du praticien (parce qu'il cache des effets de cycle de vie),
2. le sexe du praticien (parce qu'il y a comme dans toute profession des pratiques différenciées selon le genre),
3. le territoire [parce qu'il « cache » un profil de patientèle et de demande de soin, une densité de praticiens et plus généralement un réseau d'offre plus ou moins riche (spécialistes, CHU...)],
4. la spécialité (qui induit des formes d'actes et de suivi médical différents),
5. le secteur de conventionnement (car il peut déterminer le modèle économique du praticien et donc l'emploi du temps),
6. le type de lieu de consultation – individuel, groupe, clinique (car il peut induire des modes d'organisation différents en particulier en matière de continuité des soins ou de prise en charge des tâches administratives),
7. l'exercice complémentaire d'une activité salariée.

Nous avons fait l'hypothèse qu'un échantillon diversifié selon ces différentes dimensions et substantiel en nombre (48 entretiens) permettait d'illustrer une variété de situations en matière de :

1. situation familiale des praticiens,
2. profil socio-professionnel de patientèle,
3. types de délégation : secrétariat, entretien, comptabilité,
4. pratiques de formation professionnelle.

■ Choix des territoires d'enquête

En accord avec le comité de suivi de l'étude, 6 territoires d'étude ont été retenus :

Paris (car 16 % des généralistes libéraux ou mixtes et 25 % des médecins spécialistes y sont installés), en veillant dans Paris à représenter des quartiers « en difficulté ».

Une zone d'Île-de-France distante de Paris : une petite ville de grande couronne.

Une ville moyenne du Centre Est sans CHU.

Une Métropole universitaire du Sud.

Une zone rurale enclavée : un département du Centre à l'exception de la préfecture et de son agglomération.

Une zone périurbaine défavorisée de l'agglomération Lilloise.

Afin de conserver l'anonymat des praticiens rencontrés, nous ne citons pas explicitement les villes et départements concernées. Si ces territoires étaient nommés, les éléments de profil décrits sur les fiches monographiques présentées en annexe du rapport conduiraient à identifier sans ambiguïté les personnes rencontrées.

■ Choix des spécialités

Les médecins libéraux sont pour 56 % des omnipraticiens et pour 44 % des spécialistes (source DREES, les médecins, estimation au 1^{er} janvier 2007, D. Sicart).

Les omnipraticiens sont pour certains d'entre eux des spécialistes en pratique, exerçant un « mode particulier », d'autres (un médecin généraliste sur six) ont des compétences spécifiques (médecine du sport, angiologie, gérontologie, allergologie pour les plus répandues).

Les spécialistes peuvent être reconnus dans près de cinquante spécialités. Mais en réalité, quelques spécialités comptent l'essentiel des effectifs. Comme le montre le tableau ci-dessous, les effectifs libéraux sont concentrés sur quelques spécialités : psychiatres, radiologues, ophtalmologistes, cardiologues, anesthésistes et dermatologues regroupent à eux seuls plus de la moitié des praticiens libéraux et mixtes, et 16 spécialités représentent 87 % des effectifs.

Tableau 1
Répartition des praticiens entre libéraux et salariés par spécialité

	Libéraux et mixtes		Salariés		% Libéraux et mixtes	% Femmes	poids dans l'ensemble des spécialistes libéraux
	Effectifs	%Femmes	Effectifs	%Femmes			
Total spécialistes	53571	32,8	53071	44,8	50%	39%	100%
Total spécialités médicales	29879	36,6	29071	44,4	51%	40%	56%
Total Spécialités chirurgicales	16121	23,7	8597	22,5	65%	23%	30%
1 Psychiatrie	6472	38,0	7204	49,8	47%	44%	12%
2 Radio-diagnostic	5316	22,8	2498	42,7	68%	29%	10%
3 Ophtalmologie	4725	41,7	779	51,4	86%	43%	9%
4 Cardiologie	3910	14,7	2211	23,6	64%	18%	7%
5 anesthésie réanimation	3460	25,6	7024	41,7	33%	36%	6%
6 dermatologie	3459	64,2	605	63,5	85%	64%	6%
7 gynécologie obstétrique	3105	37,2	2059	38,1	60%	38%	6%
8 Pédiatrie	2881	54,5	3940	63,9	42%	60%	5%
9 Otho-rhino laryngologie	2241	12,9	698	28,7	76%	17%	4%
10 Gastro-entérologie	1942	16,2	1445	30,5	57%	22%	4%
11 Gynécologie	1915	88,9	206	82,8	90%	88%	4%
12 Rhumatologie	1849	31,9	776	46,2	70%	36%	3%
13 chir générale	1671	4,4	2476	9,9	40%	8%	3%
14 chir. orthop et traumatol.	1456	2,1	921	4,6	61%	3%	3%
15 Stomatologie	1125	13,6	187	28,3	86%	16%	2%
16 Pneumologie	1062	24,9	1665	37,1	39%	32%	2%
Sous-Total 16 spécialités	46589	33,2	34694	41,3	57%		87%

Source : DREES, Les médecins, estimations au 1^{er} janvier 2007, D. Sicart, Document de travail n° 115 –août-septembre 2007)

La féminisation plus ou moins forte des différentes spécialités, la place des urgences dans les consultations, la proximité nécessaire de structures cliniques ou hospitalières pour certaines spécialités, la place dans la chaîne de diagnostic ou de soin, tout laisse à penser que les spécialités conduisent indépendamment de qui les pratique à des formes d'activité très différenciées.

Deux options étaient envisageables pour l'échantillonnage :

Choisir un panel restreint de spécialités (4 ou 5 maximum) et interroger plusieurs représentants de chaque spécialité. Dans cette hypothèse, on cherche à comprendre des tendances propres à ces quelques spécialités.

À l'inverse, n'exclure aucune spécialité a priori et diversifier au maximum, en fonction de l'offre de praticiens sur un territoire, les spécialités enquêtées. Dans ce cas, on ne peut tirer aucun enseignement par spécialité mais uniquement des enseignements par caractéristique (type d'orientation et de prescription, lien avec la chirurgie, type de protocole de soins...).

C'est la deuxième option qui a été retenue. Elle est en effet plus adaptée au but in fine de cette enquête qualitative qui est de statuer sur la faisabilité d'une enquête par questionnaire auprès de tous les libéraux, quelle que soit leur spécialité.

L'objectif fixé est de représenter plus d'une douzaine de spécialités parmi les plus répandues et d'interroger un ou deux représentants de chacune, si possible au moins un homme et une femme.

Radiologues et médecins biologistes n'ont en particulier pas été exclus du champ bien que ne s'inscrivant pas dans un schéma de consultation commun aux autres libéraux.

■ Hors champ

En accord avec le comité de pilotage, les remplaçants ont été exclus a priori du champ de l'enquête. Ils sont plus de 6 000 et ce mode d'exercice est choisi principalement par des médecins en début de carrière (un médecin sur cinq s'inscrit pour la première fois au tableau de l'ordre comme remplaçant). Nous faisons l'hypothèse que l'activité du remplaçant est fortement conditionnée par les choix propres du médecin remplacé. Sauf à réaliser un zoom spécifique sur cette question de la surdétermination de l'activité des remplaçants, ce qui suppose d'interroger un nombre significatif de remplaçants, nous ne croyons pas à la portée d'enseignements tirés d'un ou deux entretiens sur cette situation spécifique.

Protocole de recrutement

Le protocole de recrutement des médecins interrogés mis en œuvre comprenait deux phases : une première phase mise en œuvre par la DREES d'annonce par courrier de l'enquête auprès d'un échantillon stratifié de praticiens, et une seconde phase de prise de rendez-vous auprès des praticiens ayant répondu favorablement au courrier, mise en œuvre par Plein Sens.

Sans permettre d'identifier des biais d'enquête, ni sur des variables de contrôles (faute d'effectifs), ni sur des variables cachées (par construction...), ce protocole présente un avantage réel en terme de facilité de recrutement.

■ Lettre annonce auprès d'un échantillon de praticiens

Sexe, âge, territoire et spécialité sont contrôlables dans le fichier de praticiens ADELI administré par la DREES.

Dans chacun des 6 territoires retenus, un tirage stratifié a été réalisé pour constituer de larges strates de médecins à contacter (tous libéraux ou mixtes) en fonction du sexe, de la classe d'âge et de la spécialité.

Un courrier de présentation de l'enquête, signé de la Directrice de la DREES, a été adressé par la DREES à tous les praticiens sélectionnés par ce premier tirage. Le courrier était accompagné d'un coupon-réponse et d'une enveloppe T (le dit courrier et le coupon réponse sont présentés en annexe de ce rapport). Sur ce coupon, le praticien signifiait son acceptation ou son refus de l'enquête et précisait un certain nombre d'informations :

- sexe et âge,
- mode d'exercice particulier pour les généralistes,
- spécialité,
- secteur de conventionnement,
- type de cabinet (individuel, de groupe, autre),
- exercice ou non d'une activité salariée complémentaire.

Il indiquait également ses coordonnées téléphoniques ou électroniques. Il revenait ensuite à Plein Sens de constituer un échantillon effectif de médecins à interroger en face à face, en partant de la base des praticiens ayant déclaré accepter l'enquête.

■ Déroulement et performance de ce protocole de recrutement

> Taux de retour du courrier et taux d'acceptation de principe

La DREES a tiré un échantillon de 775 libéraux de façon à constituer des strates spécialité-sexe-classe d'âge sur chaque territoire.

Les courriers (lettre annonce+coupon-réponse+enveloppe T) ont été postés dans les derniers jours de novembre 2008.

Plein Sens a reçu les premières réponses le 3 décembre 2008. Nombreux au cours des deux premières semaines, les retours se sont ensuite raréfiés et espacés dans le temps. Il est probable, la Poste n'ayant pas toujours une gestion stricte des délais de validité des enveloppes T, que des réponses continueront d'arriver plusieurs mois après l'envoi du courrier.

Les statistiques présentées ici sont arrêtées au 24 janvier 2008, soit un peu moins de 9 semaines après les premiers retours.

Au total, 167 praticiens ont renvoyé le coupon-réponse. Le taux de retour est donc de 22 % en moyenne.

40 % des réponses sont parvenues dans la première semaine ayant suivi le mailing et 98 % dans les trois semaines.

Les réponses notifiées sont dans sept cas sur dix des acceptations.

Le tableau 2 présente pour information le détail des taux de retour et des taux d'acceptation selon certaines des caractéristiques des médecins. Les écarts constatés sont statistiquement non significatifs compte-tenu des effectifs.

> Motif de refus notifié par courrier

Le refus est rarement notifié puisque seul un tiers des retours sont des refus. Néanmoins, 48 praticiens ont retourné le coupon-réponse pour indiquer qu'ils refusaient l'enquête et 42 d'entre eux ont précisé leur motivation. Le tableau 3 présente in extenso les verbatim de ces praticiens.

Une dizaine de refus correspondent en fait à des cas de praticiens qui ne sont pas ou plus concernés par l'enquête : non libéraux (effectif : 2) ou ayant cessé d'exercer (effectif : 8). Pour le reste, hormis une poignée d'expressions assez virulentes à l'égard de la démarche ou des responsables du système de soins et de son organisation, le principal motif avancé est celui du manque de temps.

> Taux d'acceptation réel in fine

Il est difficile de mesurer le taux d'acceptation réel in fine car nous n'avons pas sollicité tous les praticiens ayant répondu avoir accepté l'enquête.

Toutefois nous l'avons fait sur certaines zones et avons pu constater que les rendez-vous n'ont été accordés que dans 6 cas sur 10 environ.

La performance de ce protocole de recrutement est donc essentiellement pratique. Il permet de constituer l'échantillon sans perdre de temps à entendre les refus comme dans le cas d'un recrutement téléphonique direct.

Il a également permis la constitution d'un échantillon suffisamment diversifié au regard des besoins de l'enquête.

Tableau 2
Taux de retour du coupon-réponse et taux d'acceptation du principe de l'enquête

	Courriers envoyés	Retours T	dont acceptation	taux de retour	taux d'acceptation
TOTAL	775	167	119	22%	15%
Homme	440	99	70	23%	16%
Femme	335	68	49	20%	15%
moins de 35 ans	96	18	16	19%	17%
35 à 50 ans	358	60	51	17%	14%
50 ans ou plus	321	64	49	20%	15%
NR		25	3		
Paris	216	51	35	24%	16%
Mantes	80	13	10	16%	13%
Roubaix	90	15	10	17%	11%
Nivernais	74	16	12	22%	16%
Troyes	99	30	16	30%	16%
Montpellier	216	42	36	19%	17%
Généraliste	288	52	41	18%	14%
Spécialiste	487	94	78	19%	16%
NR		21			
anatomiste	27		2		7%
anesthésiste	37		8		22%
biologiste	30		6		20%
cardiologue	36		4		11%
chirurgien	35		5		14%
dermatologue	37		5		14%
gastro-entéro	32		7		22%
gynécologue	43		6		14%
ophtalmologiste	41		8		20%
oto-rhino-lar.	34		3		9%
pédiatre	34		6		18%
psychiatre	38		5		13%
radiologue	31		0		0%
rhumatologue	32		6		19%
autres			7		

Tableau 3
Motif de refus quand il est explicite

Catégorie de motif	Verbatim
Hors catégorie	accepte mais à condition d'être rémunéré
Motif	je ne souhaite pas nourrir le monstre administratif qui aurait du se réveiller depuis longtemps au lieu de créer le vide des médecins
Motif	je ne vois pas en quoi l'étude de l'emploi du temps des médecins peut améliorer l'offre de soins. Il serait urgent de s'interroger sur la qualité des soins qui tend à se dégrader sous les pressions diverses et variées des gouvernants, de la sécu...
Motif	le mépris pour les médecins du secteur I affiché par tous les gouvernements
Motif	ne connaît pas les tenants et les aboutissants de cette enquête, suis médecin = très occupée (>16 heures /jour de travail)
Motif	Vous n'expliquez pas les buts, raisons, réels, <u>xxx</u> *, pour cette enquête ! *souligné deux fois mais illisible
Motif	je ne participe aucune enquête
Non libérale	hospitalière et non libérale
Non libérale	non concerné, médecin salarié
N'exerce pas	à la retraite depuis janv 2008
N'exerce pas	cessation d'activité
N'exerce pas	départ en retraite 31/12
N'exerce pas	je n'exerce pas
N'exerce pas	activité insuffisante non significative
N'exerce pas	retraite
N'exerce pas	retraité
N'exerce pas	retraite le 31/12/08
Temps	absence de disponibilité
Temps	activité à horaires aléatoires, submergé d'obligations non rémunérées
Temps	activité mineure pour moi, je ne suis pas représentative
Temps	débordé, a déjà participé à une enquête de ce type
Temps	emploi du temps surchargé
Temps	je n'ai déjà pas le temps pour ma famille, alors pour une enquête quel que soit le but ne m'intéresse pas (sic)
Temps	manque de temps
Temps	manque de temps - quel intérêt ?
Temps	manque de temps / mon activité est principalement salariée
Temps	manque de temps et aucun intérêt
Temps	manque de temps, trop de travail
Temps	pas assez de temps, horaires 8h00-21h30
Temps	pas de disponibilité
Temps	pas disponible
Temps	pas le temps
Temps	pas le temps
Temps	pas le temps
Temps	pas le temps-trop de travail

Échantillon in fine

48 entretiens ont été réalisés, la plupart du temps sur le lieu de travail des praticiens, à l'exception de deux entretiens téléphoniques et de deux entretiens qui ont eu lieu dans nos locaux.

Il était convenu de rencontrer 20 généralistes et 25 spécialistes, nous en avons rencontré respectivement 21 et 27.

L'échantillon permet une représentation d'un très large éventail de situations.

	Généralistes	Spécialistes	Total
Sexe			
Femme	8	12	20
Homme	13	15	28
Age			
moins de 35 ans	6	1	7
35 à 44 ans	6	6	12
45 à 54 ans	7	12	19
55 ans et plus	2	8	10
Territoire			
Agglomération Lilloise	4	1	5
Paris	4	10	14
Ville Grande couronne	3	2	5
Ville moyenne Centre Est	3	4	7
zone rurale Centre	5	4	9
Métropole du Sud	2	6	8
Activité			
Libéral	18	21	39
Mixte	3	6	9
Conventionnement			
Secteur 1	21	10	31
Secteur 2		17	17
Lieu de consultation			
individuel	4	9	13
cabinet lib. à l'hôpital		1	1
cabinet lib. en clinique		2	2
cabinet de groupe	15	12	27
maison de sante	2		2
maison pédiatrique		1	1
laboratoire		2	2
Total général	21	27	48

Les spécialités visées ont toutes été rencontrées sauf une (anatomo-cytopathologie). La plupart du temps nous avons essayé de rencontrer un homme et une femme de chaque spécialité, mais sans parvenir à respecter systématiquement cet objectif.

In fine, deux spécialités sont mal ou pas représentées :

Les radiologues. Seul un radiologue a été rencontré et il a une activité devenue atypique (cabinet de radiologie-échographie sans IRM ni scanner, individuel).

Les anatomo-cytopathologistes dont aucun n'a accepté l'enquête.

Notons que le secteur d'activité est une variable qui s'avèrera difficile à interpréter : en effet, d'une part, nous n'avons pas rencontré de généralistes en secteur 2, d'autre part, n'ayant rencontré que deux praticiens par spécialité, il nous est difficile d'en déduire quand l'un est en secteur 1 et l'autre en secteur 2, ce qui peut être interprété comme un effet du secteur.

Spécialité \ Sexe	Femme	Homme	Total
Généraliste	8	13	21
Anesthésie Réanimation	1		1
Biologie médicale	1	1	2
Cardiologie	1	1	2
Chirurgie plastique		1	1
Chirurgie gén. et digestive		1	1
Chirurgie orthopédique	1	1	2
Dermatologie	2		2
Gastro-entérologie		2	2
Gynécologie Obstétrique	1	1	2
Ophtalmologie	1	2	3
ORL	1	1	2
Pédiatrie	2		2
Psychiatrie		2	2
Radiologue		1	1
Rhumatologie	1	1	2
Total général	21	27	48

La disponibilité pendant une heure a bien été accordée à quelques rares exceptions. Et lorsque les entretiens ont eu lieu en fin de consultation ou durant des plages sans consultation, ils ont assez souvent duré plus d'une heure. La durée de l'entretien est précisée dans les fiches monographiques qui font la synthèse de chaque entretien.

Technique d'entretien

La technique d'entretien utilisée était celle de l'entretien ouvert et non directif. C'est elle qui permet le mieux de faire émerger les logiques de situation et d'action des praticiens rencontrés. Il n'y a en effet aucune raison de croire que tous les agents savent expliciter leurs raisons d'agir et qu'ils organisent leur travail de façon dirigée et rationnelle. C'est avant tout la façon d'investir le métier qu'il faut saisir, et seule une approche ouverte du récit de ce métier le permet.

■ Protocole initial

Huit entretiens exploratoires ont permis de modifier le protocole d'entretien pour aller dans le sens de cette approche ouverte la question de l'activité, du temps et des temps, et de leur mise en contexte.

L'entretien non directif est appuyé sur un champ de questionnement comprenant :

- Les caractéristiques du praticien (sexe, âge, situation familiale, lieu de résidence).
- Les caractéristiques de la pratique (type de cabinet, spécialité, secteur, type de patientèle, secrétariat).
- Les composantes du temps médical (activité de soin et de diagnostic en cabinet, visites, activités complémentaires : clinique, hôpital, participation à des réseaux de soin).
- Le détail de l'organisation des rendez-vous : timing, rôle du secrétariat le cas échéant. Ce qui est programmé et ce qui se passe.
- La prise en charge des urgences.
- Les gardes et astreintes.
- Les temps de pause.
- La gestion des dossiers des patients.
- Le travail administratif : relatif aux patients, relatif au cabinet.
- Les temps de formation.
- Les activités de représentation professionnelle.
- Les vacances.
- L'articulation ente vie professionnelle et vie privée.

La consigne introductive était formulée ainsi : « Pouvez-vous me dire comment se passe une journée de travail ? ». Elle a parfois conduit, et à plus forte raison quand les temps de travail sont divers et nombreux, à un récit très descriptif et limité à une énumération d'activités. Le matériau obtenu in fine pouvait être avec cette consigne inaugurale, sinon pauvre, du moins « sec » et peu propice à la compréhension de la construction de ces emplois du temps.

■ De la nécessité de partir du métier

L'objectif de qualité d'un entretien est double : faire avancer la connaissance de la réalité et de la diversité des pratiques, et être en capacité d'en saisir les motifs.

Pour la personne interrogée, ici le médecin, il peut constituer une occasion de réflexion sur soi et ses façons de faire. Le bon entretien dure plus longtemps que prévu et s'achève sur « c'est intéressant », « ça m'a permis de refaire le film » « ca permet de faire le point ».

Pour atteindre ce double objectif, il est apparu assez rapidement qu'il fallait s'éloigner de l'objet spécifique d'étude – l'emploi du temps – pour y venir par la question plus générale du métier et des motivations conduisant à l'exercer.

La consigne introductive est donc devenue plus générale pour les entretiens suivants, qui se sont ouverts sur deux questionnements :

« Vous soignez qui et pour quoi ? »

« Qu'est ce qui vous a conduit à faire médecine ? »

Partant ainsi de plus loin, c'est-à-dire de la pratique de soin et de la clientèle (sic : les médecins utilisent volontiers ce mot) à qui elle s'adresse, et des motivations originelles à exercer ce métier, les organisations de l'activité décrites ensuite se trouvent mises en perspective, voire explicitement justifiées.

■ La place de la question de la vie privée

Le cahier des charges de l'étude insistait fortement sur la question de l'articulation entre vie professionnelle et vie privée. Il convient de préciser ici les limites de cette investigation.

Il était convenu avec la DREES que les temps privés ne devaient pas faire l'objet de questionnements spécifiques. Ce qu'il convenait de cerner, c'était l'équilibre ou le déséquilibre entre vie professionnelle et vie privée ou familiale, et ce qui dans l'organisation de la pratique résulte d'arbitrages entre ces deux sphères.

Ces deux aspects sont spontanément abordés par les praticiens. À minima, une question sur l'activité du conjoint conduit très naturellement les médecins à s'exprimer sur le sujet.

■ La question de l'optimisation des organisations

L'étude nourrit la réflexion sur la pratique des médecins, en la décrivant mieux et en identifiant les ressorts qui la sous-tendent. Cependant elle ne part d'aucune hypothèse sur ce qu'il est bon de faire pour améliorer l'efficacité de la délivrance des soins par les médecins libéraux. Elle n'a pas de visée prescriptive : informatisation ou pas, délégation ou pas, durée normale de consultation...

Instruire la question de l'impact de la délégation de certains actes aurait supposé de décrire pour chaque médecin rencontré, et de façon différente pour chaque spécialité, les actes avec force détail. Ce n'était pas l'objet de l'étude.

■ L'argent, un thème peu abordé

Par choix, nous n'avons pas abordé la question du revenu tiré de l'activité. Le thème a pu être abordé spontanément par certains praticiens rencontrés, sous un angle toujours très qualitatif, mais dans l'ensemble, la question du temps est abordée sans référence au revenu induit.

De ce fait, certains arbitrages sans doute bien réels ont pu ne pas être explicités. Par ailleurs, les paramètres même de ces arbitrages, et en particulier celui du secteur de conventionnement, ont été relativement absents des discours et donc ne permettent pas d'analyses probantes.

Fiche monographique

Le rapport d'étude est complété par une série de fiches monographiques établies pour chaque praticien rencontré. Elles sont rassemblées dans un tome d'annexes à part.

Elles comprennent trois volets complémentaires :

1. Un ensemble signalétique décrivant le praticien, son cabinet et ses activités
2. Un portrait en texte libre insistant selon les cas plus sur le récit de vie professionnelle ou sur des questions liées à l'organisation et au vécu de la pratique actuelle.
3. Un tableau d'emploi du temps hebdomadaire complété des activités récurrentes mais de fréquence autre. Cet objet graphique donne une bonne représentation de l'amplitude et du fractionnement des temps de travail.

Courrier d'annonce

En tête : Ministère de la Santé / Drees

Texte :

Docteur,

La Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques du ministère de la Santé lance une étude qualitative par entretiens sur l'activité, le temps de travail, l'emploi du temps et le mode d'organisation des médecins libéraux, généralistes et spécialistes. Elle constituera un élément important de la réflexion sur l'offre de soins en éclairant la question de la répartition entre le temps médical et les autres temps professionnels mais aussi celle de la construction de l'emploi du temps des médecins.

Un certain nombre de territoires ont été retenus, de façon à représenter une large palette de cadres de pratique. Dans chacun d'eux, il est prévu que les consultants de la société Plein Sens, désignée à l'issue d'un appel d'offres pour mettre en œuvre cette étude, rencontrent un échantillon de praticiens libéraux sur leur lieu d'exercice.

Votre cabinet est situé sur l'une de ces zones d'enquête. Aussi, nous souhaiterions vivement recueillir votre accord pour participer à un entretien d'une heure environ avec un représentant de cette société. Quelles que soient les particularités de votre exercice ou de votre temps de travail, il est important que vous soyez interrogé car l'étude vise à explorer la plus grande diversité de situations. Il s'agit d'un entretien approfondi principalement centré sur l'organisation de votre activité et de votre temps de travail. Au total, une cinquantaine de praticiens seront interrogés. Les médecins interrogés seront sélectionnés aléatoirement parmi les médecins ayant donné leur accord pour participer à l'enquête.

Ces entretiens sont strictement confidentiels. Seule la société Plein Sens aura connaissance de l'identité des praticiens enquêtés. Les résultats, qualitatifs, seront restitués dans le rapport d'étude dans le strict respect de l'anonymat des propos et du secret statistique. Le rapport d'étude sera publié et viendra nourrir la connaissance de l'exercice libéral de votre profession. Nous ne manquerons d'ailleurs pas de vous communiquer ce rapport d'études.

Nous vous saurions gré de bien vouloir renvoyer, en utilisant l'enveloppe T fournie, le coupon-réponse ci-joint indiquant si vous acceptez ou non de participer à cette enquête. Dans l'hypothèse favorable où vous souhaitez vous rendre disponible pour cette démarche, Plein Sens vous contactera pour convenir d'un rendez-vous.

Vous remerciant par avance de l'accueil réservé à cette étude importante et du temps que vous voudrez bien y consacrer, je vous prie de croire, docteur, à l'assurance de mes salutations distinguées.

Anne-Marie Brocas
Directrice

Enquête de la Drees sur l'activité des médecins libéraux

Coupon réponse à renvoyer avant le 15 décembre 2008

En utilisant l'enveloppe T ci-jointe

NOM : Prénom :

J'accepte de participer à l'enquête sur l'activité des médecins libéraux

Je ne souhaite pas participer à cette enquête

Pour quelle raison ?

.....
Éléments signalétiques (Ces éléments permettent de construire un échantillon diversifié de situations professionnelles. Merci de les renseigner.)

Sexe : H F

Âge : |__| |__| ans

Vous êtes : Généraliste préciser si MEP :

Spécialiste préciser la spécialité :

Conventionné : secteur I secteur II non conventionné

Activité salariée complémentaire : Oui Non

Lieu d'exercice principal : cabinet individuel

cabinet de groupe

établissement de santé

de quel type (hôpital public, clinique privée, dispensaire...) :

Adresse de votre lieu d'exercice principal :
.....

Code postal : Ville :

Tel :

Mail :

~~Pour tout renseignement complémentaire sur cette enquête, vous pouvez contacter :~~

- À la Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (ministère de la Santé) : Mélanie VANDERSCHULDEN tel : 01.40.56.81.32 - mail : melanie.vanderschelden@sante.gouv.fr
- À Plein Sens : Julie MICHEAU ou Éric MOLIÈRE tel : 01.53.01.84.40 - mail : micheau@pleinsens.fr ; moliere@pleinsens.fr

Annexe 2 – Bibliographie

Aulagnier M., Obadia Y., Paraponaris A., Saliba-Serre B., Ventelou B., Verger P. et al. (2007), « l'exercice de la médecine générale : premiers résultats d'un panel dans cinq régions françaises », Drees, *Études et Résultats* n° 610, novembre

Blandin O., Cabé M-H. (2008), « Cessation d'activité des médecins généralistes libéraux », Drees, *Documents de travail*, série Études et Recherches, n° 77, mars.

Bourgueil Y., Cases Ch., Le Fur Ph., (2007), « Temps de travail et activité des médecins généralistes libéraux : quels enseignements pour un renforcement de la coopération avec d'autres professionnels ? », HAS, document de travail.

Breuil-Genier P., Gofette C. (2006), « La durée des séances des médecins généralistes », Drees, *Études et Résultats*, n° 481 avril.

Danh Hao Dan B., Lévy D., Teitelbaum J., Allemand H. (2007), « Médecins et pratiques médicales en France : 1967-1977-2007 », CSDM, 48em année, n° 4, oct-décembre

Davezies P., Daniélou F. (2004), « L'épuisement professionnel des médecins généralistes, une étude en Poitou Charente », URML Poitou Charente, Avril

Eurostaf-Kaliopé (2007), Enquête sur le travail administratif des médecins généralistes, DSS, décembre

Fivaz C., Le Laidier S. (2001), « Une semaine d'activité des généralistes libéraux », Cnamts, *Point Stat* n° 33, Juin.

Le Fur Ph. (2009), « Le temps de travail des médecins généralistes – une synthèse des données disponibles », Irdes, *Questions d'économie et de santé* n° 144, juillet

Labarthe G., (2004) « Les consultations et visites des médecins généralistes » un essai de typologie », Drees, *Études et Résultats* n° 315, juin

Levasseur G., Bataillon R., Sanzun J-L. (2003), « Synthèse des résultats conditions de travail – Baromètre des pratiques en médecine générale » URML, Bretagne, Octobre

Niel X., Vilain A., (2001), « Le temps de travail des médecins : l'impact des évolutions sociodémographiques », Drees, *Études et résultats* n° 114, mai

Véga A. (2007), « Comportements de cessation d'activité des médecins généralistes libéraux », Drees, *Document de travail*, Série études et recherche n° 73, dec 2007