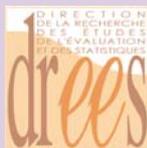


DOSSIERS solidarité et *santé*

L'emploi du temps des médecins libéraux

Diversité objective et écarts de perception des temps de travail

N° 15
2010



MINISTÈRE DU TRAVAIL,
DE LA SOLIDARITÉ
ET DE LA FONCTION
PUBLIQUE

MINISTÈRE DE LA SANTÉ
ET DES SPORTS

MINISTÈRE DU BUDGET,
DES COMPTES PUBLICS
ET DE LA RÉFORME
DE L'ÉTAT

Parler de l'activité, du temps de travail et des modes d'organisation des médecins libéraux nécessite de combiner une double approche. La première, objective, tend à décrire comment le temps est découpé et séquencé, avec des formes et des intensités d'activités distinctes. Elle permet aussi de saisir les rythmes de travail des médecins libéraux, d'éclairer les modes d'organisation choisis et leurs contraintes.

La seconde est plus subjective et plus analytique puisqu'elle repose sur les représentations que les médecins ont de leur temps de travail et de leurs pratiques professionnelles, puis tente d'en analyser les modalités. La manière dont les médecins libéraux parlent de leur temps nous aide à mieux comprendre leurs postures et leurs manières de vivre leurs activités professionnelles.

Fondée sur des entretiens auprès d'une cinquantaine de praticiens généralistes ou spécialistes, cette analyse décrit l'extrême diversité des formes d'emploi du temps des praticiens. Une majorité d'entre eux ont de longues journées de travail et ils sont nombreux à travailler le samedi.

Julie MICHEAU, Eric MOLIERE, Plein SENS

Plein Sens

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

Ministère du Travail, de la Solidarité et de la Fonction publique

Ministère de la Santé et des Sports

Ministère du Budget, des Comptes publics et de la Réforme de l'État

En moyenne, les médecins libéraux rencontrés travaillent beaucoup. On observe cependant une très grande dispersion des emplois du temps : jours travaillés, durée des journées, composition des journées, volume de vacances sont autant de paramètres librement ajustés par chaque praticien. Ces paramètres présentent une palette très large de temps de travail et de formes d'emploi du temps. Cette étude synthétise les principaux résultats d'une enquête qualitative auprès d'un échantillon de médecins libéraux, généralistes et spécialistes

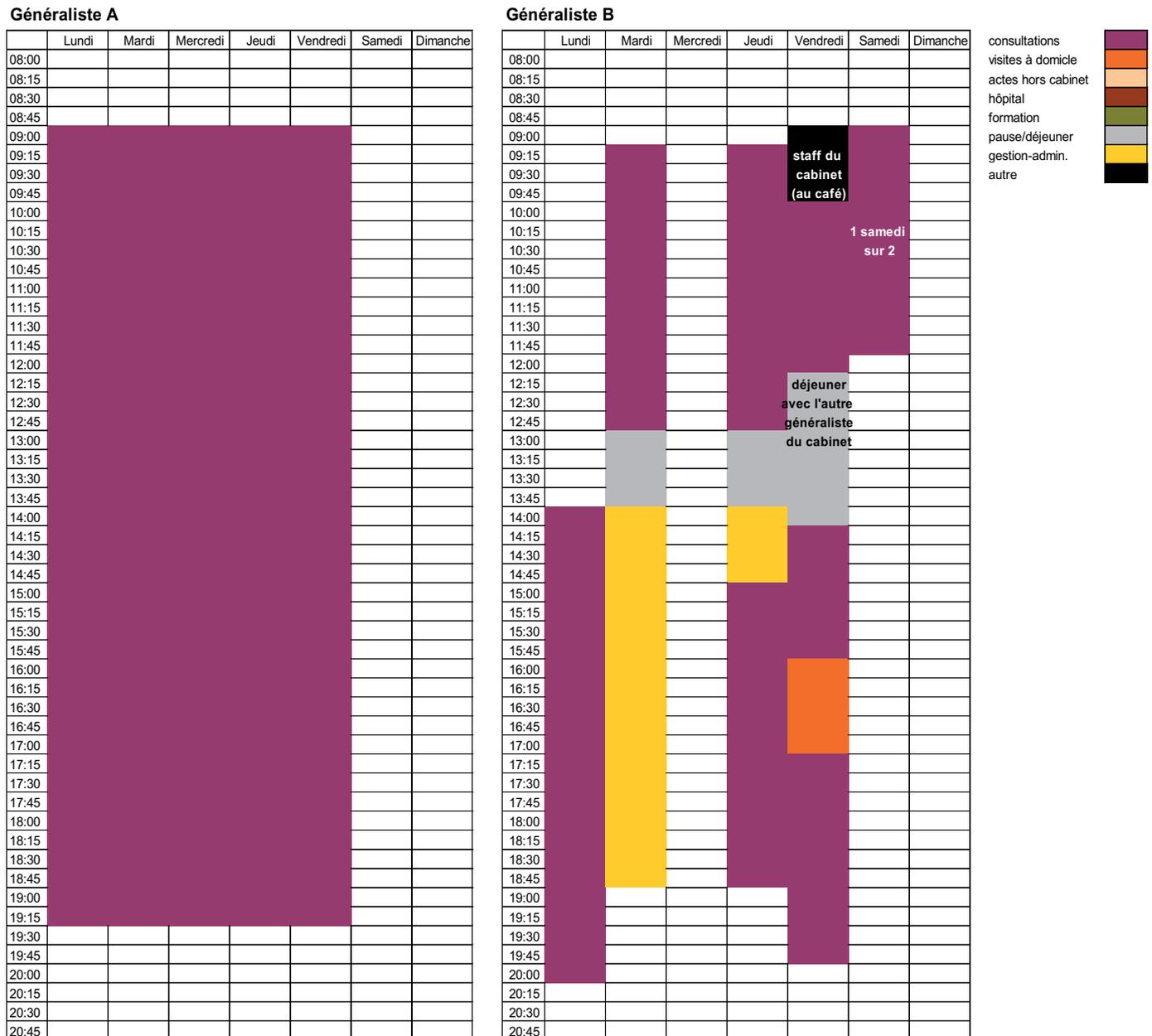
(encadré 1), qui visent à cerner les principaux facteurs constitutifs des emplois du temps.

Des emplois du temps hebdomadaires propres à chaque praticien

Les médecins libéraux ont en théorie le choix de leur emploi du temps. En pratique, il conviendrait d'explicitier ce que sont les marges de manœuvre réelles de chacun car on observe des formes d'emploi du temps très variées. La figure 1 présente une schématisa-

FIGURE 1

Quatre exemples d'emplois du temps de médecins libéraux



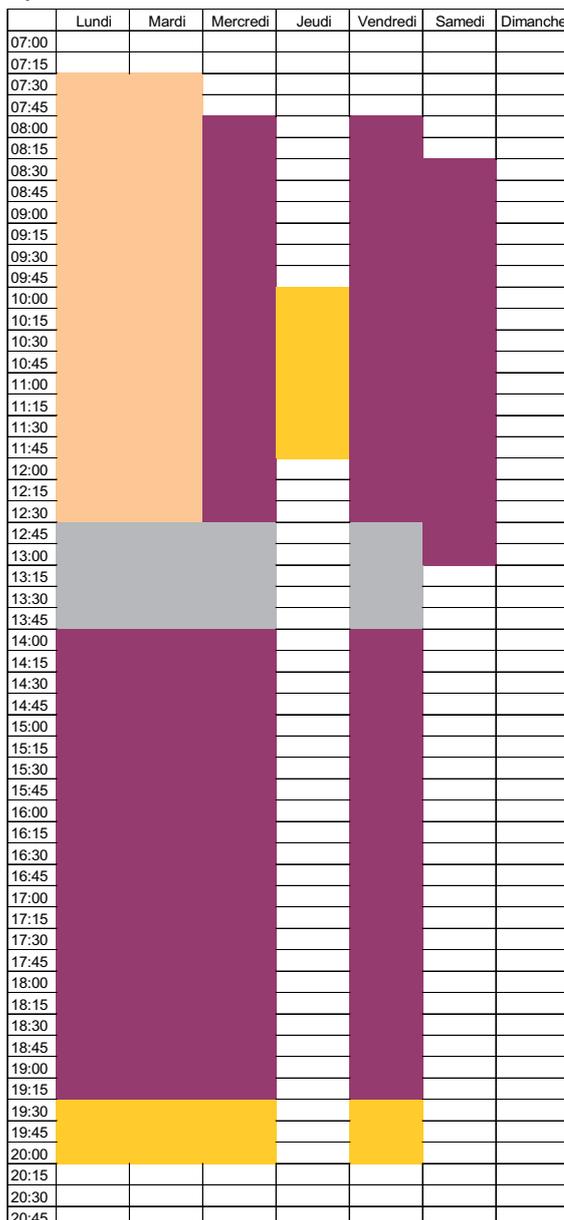
tion de quatre emplois du temps de médecins libéraux. Ces exemples ne constituent pas une typologie, ils illustrent simplement des formes possibles d'emploi du temps : jours ou demi-journées travaillés, composition des journées en diverses activités ou lieux de travail, pauses éventuelles, plages réservées ou non au travail administratif, amplitude des journées.

L'unité de temps qui permet de décrire l'activité des médecins est la semaine, car chaque journée est en général différente. La figure 2 présente la structure hebdomadaire des jours

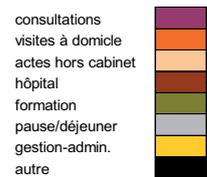
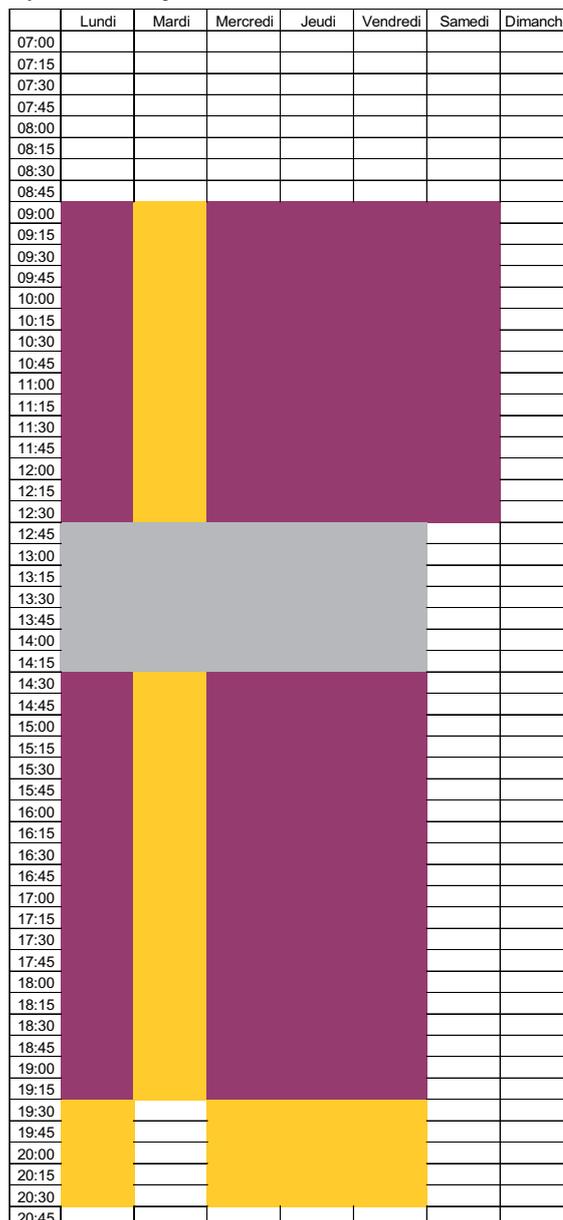
travaillés pour tous les médecins interrogés. D'après ce que nous observons dans notre échantillon, trois cas de figure représentent chacun une part substantielle des praticiens :

- Travail à temps partiel : moins de cinq jours par semaine (avec éventuellement de longues journées, mais au moins une demi journée non travaillée, parfois plusieurs). Ce cas de figure n'exclut pas le travail le samedi matin.
- Travail cinq jours par semaine, avec éventuellement une demi journée non travaillée en semaine compensée par le samedi matin.

Spécialiste : ORL



Spécialiste : Psychiatre



- Travail cinq jours en semaine et le samedi matin (toutes les semaines ou une semaine sur deux).

On notera que presque tous les praticiens travaillent le lundi et le vendredi. Pour les généralistes, le lundi est le jour le plus chargé en raison des urgences du week-end. Il n'y a donc pas de logique de week-end prolongé dans ces emplois du temps. 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. Le travail de consultation le dimanche paraît en revanche exceptionnel¹.

Les journées ou demi-journées non travaillées sont le plus souvent les mardis, jeudis et pour les journées entières le mercredi. Le choix des jours non travaillés est guidé par trois types de considération : les obligations de garde d'enfant qui ne concernent pas que les mères (à noter que lorsque les enfants grandissent, ces journées non travaillées sont parfois maintenues), des arbitrages au sein de cabinets collectifs pour assurer la continuité des soins, et dans le cas du jeudi la nécessité de faire une pause en perspective d'un vendredi souvent lourd et d'un travail le samedi fréquent.

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. Elles démarrent selon les praticiens entre 7 heures 30 et 9 heures 30, le plus souvent entre 8 heures et 9 heures et généralement plus tôt pour les généralistes que pour les spécialistes. Nombre d'emplois du temps font apparaître des journées de travail qui se terminent au-delà de 20 heures. Ainsi, il n'est pas rare de trouver des journées de 10 à 12 heures de travail. Pour les généralistes, la fin de journée est très souvent la période la plus chargée en particulier dans le cas de consultations sans rendez-vous ; la journée présente alors la caractéristique de se terminer sur les *chapeaux de roue* et à un horaire incertain. À cela, il faut ajouter des activités professionnelles possibles en soirée (groupe de travail, formation professionnelle continue, dossiers des patients, etc.).

1. Ces résultats sont à rapprocher de mesures quantitatives établies par la CNAMTS à partir des données exhaustives d'actes remboursés par date. [Fivaz, Le Laidier, 2001].

ENCADRÉ 1

L'enquête

Le panel de praticiens interrogés est constitué de 48 médecins libéraux (exclusifs ou non), dont 21 généralistes et 27 spécialistes. Le détail de leur profil en termes de sexe, âge, spécialité et secteur de conventionnement peut être observé dans la figure 2.

Le choix des spécialités interrogées a été guidé par l'importance numérique des spécialités. Dans chacune des 14 spécialités comptant le plus de médecins, deux praticiens, si possible un homme et une femme, ont été en général rencontrés. Ce dispositif ne prétendant pas produire des résultats par spécialité, mais donner une représentation diversifiée des formes d'activité médicale libérales. Les remplaçants étaient hors champ de l'enquête.

L'échantillon était réparti sur six territoires différents en termes de démographie médicale et d'environnement socio-économique : Paris (16 % des généralistes libéraux ou mixtes et 25 % des médecins spécialistes y sont installés), une ville de la grande couronne d'Ile-de France ; une ville moyenne du Centre Est sans CHU, une Métropole universitaire du Sud de la France, une zone rurale enclavée dans un département du Centre et une zone périurbaine défavorisée de l'agglomération Lilloise.

L'échantillon stratifié (sexe, âge, spécialité) porte sur 775 médecins, répartis sur ces six territoires, qui ont été invités à répondre à l'enquête. Le taux de retour global a été de 22 % (167 médecins) et les réponses notifiées étaient dans sept cas sur dix des acceptations, ce qui représente un taux d'acceptation de 15 % environ. Les rendez-vous ont été pris ensuite auprès de praticiens ayant ainsi signifié leur acceptation de principe. Ce protocole de contact se révèle donc assez efficace.

Si le principal motif de refus signifié par courrier est le manque de temps, il est important de souligner que des médecins très occupés ont été interrogés et ont souhaité l'être. L'intérêt pour l'enquête chez les médecins précédant soit d'un goût pour le questionnaire sur la pratique et la médecine, soit d'un souhait d'exprimer auprès du ministère les éléments ponctuels ou globaux de mécontentement, soit d'une logique de divertissement : l'enquête, comme la visite des laboratoires, est une respiration. Ces postures renvoient aux principaux axes d'analyse de la question des choix d'activité.

Les entretiens ont été menés aux cabinets des praticiens. Il s'agissait d'entretiens longs, ouverts, appuyés sur un champ de questionnement. Au cours des tout premiers entretiens l'entrée en matière par la description de l'emploi du temps s'est avérée peu adaptée pour comprendre la situation et des choix d'activité du médecin. La consigne inaugurale 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 ?

Les entretiens ont conduit ensuite à expliciter la pratique actuelle et son organisation. Par choix, la question du revenu tiré de l'activité n'a pas été abordée. Le thème a pu être évoqué spontanément par certains praticiens rencontrés, sous un angle toujours très qualitatif, mais dans l'ensemble, la question du temps de travail est traitée sans référence au revenu induit. De ce fait, certains arbitrages 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 sur l'impact du secteur.

L'amplitude des journées varie, soit en raison des horaires prévus, soit en raison de la variabilité de la demande. La saisonnalité de l'activité de consultation dans la semaine est forte pour toutes les spécialités qui comptent des urgences en cabinet. Elle est donc particulièrement marquée pour les généralistes et dans une moindre mesure les pédiatres ou gynécologues. La journée du lundi est pour toutes ces professions présentée comme la plus lourde. Certains praticiens choisissent par ailleurs de travailler le soir ou le samedi matin pour répondre à la demande et offrir des horaires accessibles aux personnes qui travaillent.

Un temps de travail annuel élevé mais très variable

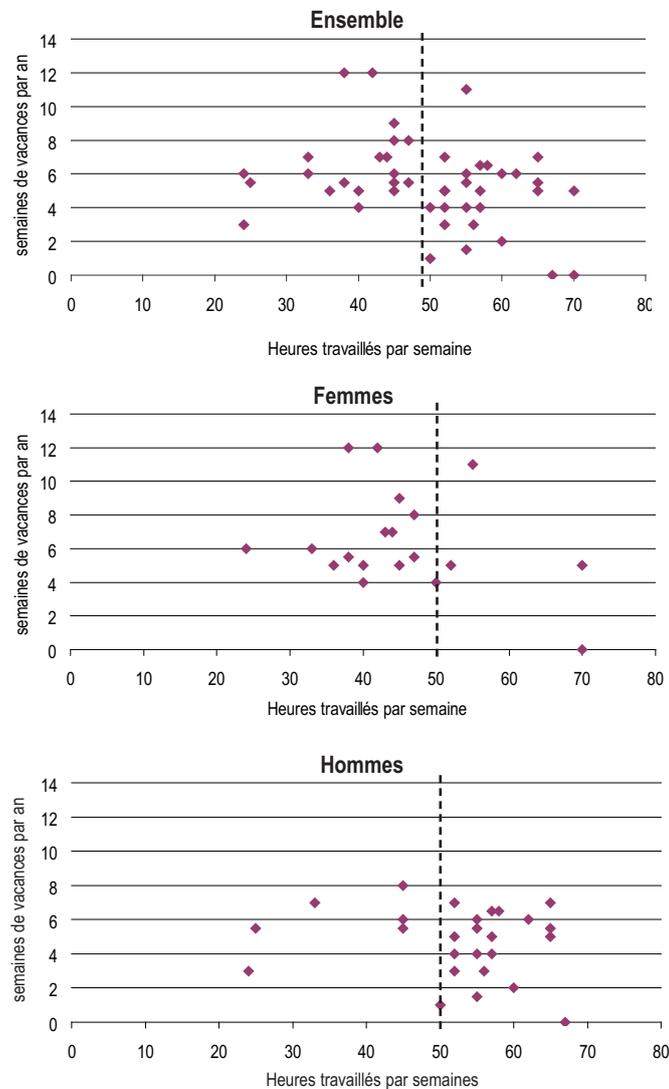
Les week-ends prolongés, ponts, ou congés exceptionnels semblent rares. Les vacances prennent le plus souvent la forme de semaines de congés entières, très concentrées sur la période estivale et plus précisément sur le mois d'août. Les temps de vacances déclarés par les médecins rencontrés sont eux aussi très variables. Les travaux quantitatifs existants (encadré 2) font une estimation d'un temps de vacances moyen compris entre cinq et six semaines par an [Le Fur, 2009]. Les médecins libéraux interrogés prennent entre aucune et douze semaines de vacances par an (figure 2) ce qui correspond effectivement à une moyenne de cinq à six semaines.

Les praticiens rencontrés déclarent travailler entre 24 et 70 heures par semaine et prennent pour certains douze semaines de vacances, pour d'autres, aucune. Ces écarts de niveau d'activité déclaré sont considérables d'un médecin à l'autre : la durée annuelle de travail varie ainsi du simple au triple entre les médecins de l'échantillon (graphiques 1).

Sur ces bases déclaratives, et en assimilant les semaines de formation à des semaines d'activité, on estime que le nombre d'heures travaillées est compris entre 1 100 et 3 500 par an (graphique 2). Pour un cadre dit « d'État major d'entreprise », l'INSEE fait une estimation de 2 130 heures travaillées par an (et de 1 870 en moyenne pour les cadres)². On voit ici que les médecins rencontrés sont assez souvent au-dessus, voire très au-dessus de ce standard.

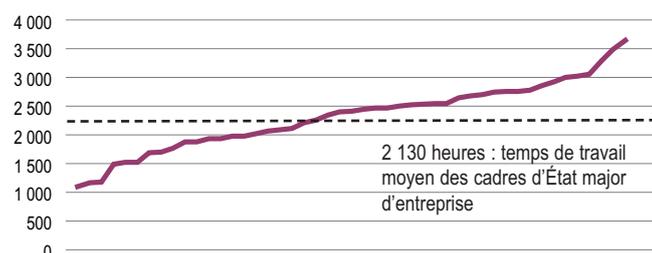
GRAPHIQUE 1

Temps de travail hebdomadaire et nombre de semaines de vacances annuelles



GRAPHIQUE 2

Répartition des volumes horaires annuels travaillés



2. INSEE enquêtes emploi 2003-2004.

Un effet de genre s'observe très nettement : les médecins femmes ont plus souvent des semaines moins intenses et davantage de semaines de vacances que leurs homologues masculins. En revanche, cet échantillon ne permet pas d'identifier les effets de secteur ou de spécialité.

Une mesure délicate du temps de travail

Au total, pour dépasser le constat de cette très forte hétérogénéité des temps de travail des médecins libéraux, il faudrait procéder à des mesures détaillées d'emploi du temps. Notre enquête permet d'identifier assez clairement l'ensemble des difficultés qui se posent pour la réalisation de ces mesures. Non seulement la frontière entre le temps travaillé et le temps hors travail peut pour certains médecins n'être pas toujours nette, mais surtout la charge de travail est soumise à des aléas importants.

Le mode de recueil – par entretien - qui n'identifie que les plages de travail fixes de l'emploi du temps minimise un certain nombre de tâches en particulier celles qui sont faites au moins en partie au domicile du praticien. La capacité du médecin à expliciter son temps de travail est liée à la rigueur de son organisation et à l'étanchéité qu'il établit ou pas entre sa vie professionnelle et son domicile. Les journées présentées comme non travaillées sont d'abord des journées sans consultation ou actes médicaux. Elles peuvent parfois être l'occasion de tâches professionnelles « annexes ». Le travail administratif en particulier se réalise pour certains médecins dans des plages horaires ou interstices flous et non programmés. Il en va de même de la lecture de la presse professionnelle, rarement mesurable en temps passé.

Un débat peut également exister sur l'affectation du temps de formation : ce temps, présenté parfois comme une *récréation* ou une *respiration*, est facilement identifié et perçu comme un temps différent du temps de travail à proprement parler.

À ces difficultés à identifier le temps travaillé complet, s'ajoute un fort aléa de mesure lié aux phénomènes de variations saisonnières qui sont de plusieurs natures :

- 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 :
 - Un effet de creux : en particulier pour les spécialistes, et plus particulièrement pour ceux traitant 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 pour ceux qui sont au contraire affectés par des effets de reports entre cabinets, ou entre confrères d'un même cabinet. Il arrive qu'entre deux associés à temps partiel, celui qui travaille 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 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 apprécier³. 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 une autre difficulté liée au calendrier du médecin, et à l'ampleur du phénomène. 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 probablement une activité moyenne à haute.

Les semaines d'hiver sont très lourdes, les journées débordent et les retards sont fréquents. Cependant les pathologies saisonnières qui causent ce surcroît de travail sont assez simples à

3. Si la saisonnalité du nombre d'actes est statistiquement établie de façon exhaustive par la CNAM [Fivaz C. *et al.*, 2001], 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.

FIGURE 2

Décomposition des taux de pauvreté par type de ménage, sexe et âge en 2004

	sexe	âge	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		
SPÉCIALISTES															
Chirurgie générale et digestive	H	59	0,5	1	0	1	0,5	0	0	25	5 à 6	0	1 163		oui
Radiologie	H	59	0,5	1	0,2	0,5	0,5	0	0	24	3	1	1 176		
Pédiatrie	F	35	1	0	1	1	1	0	0	40	5	3	1 880		oui
Anesthésie réanimation	F	41	1	1	0	1	1	0	0	33	6	0,5	1 518		oui
Pédiatrie	F	65	1	1	0	1	1	0	0	45	9	2	1 935		
Dermatologie	F	52	1	1	0	1	1	0	0	47	8	2	2 068		oui
Ophthalmologie	H	53	1	1	1	1 sem	2 sem	0	0	45	6	1	2 415		oui
Cardiologie	H	50	1	1	0,5	1	1	0,5	0	60 à 65	6	1,5	2 852	oui	oui
Chirurgie orthopédique	H	51	1	1	0,5	1	1	0,5 / quinz.	0	45	8	0,5	1 980		oui
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	2 548		oui
Ophthalmologie	F	66	1	1	1	0	1	matinée 1 sem / 2	0	43	7	2	1 935		
Chirurgie orthopédique	F	38	1	1	1	0,5	1	0	0	38	5 à 6	2	1 767		oui
Gastro-entérologie	H	47	1	1	1	1	1	0	0	40	5	1	1 880		oui
Psychiatrie	H	43	1	1	1	1	1	0	0	55	6	1	2 530		
Gastro-entérologie	H	50	1	1	1	1	1	0	0	55	5 à 6	1	2 503		oui
Cardiologie	F	36	1	1	1	1	1	0	0	50 à 55	5	1	2 468		oui
Gynécologie-obstétrique	H	60	1	1	1	1	1	0	0	55 à 60	6 à 7	1	2 674	oui	
ORL	F	43	1	1	1	1	1	0	0	45	5	3	2 115		oui
Biologie médicale	F	45	1	1	1	1	1	0,5	0	44	7	0	1 980		
Rhumatologie	F	33	1	1	1	1	1	0,5	0	50	4	2	2 400	oui	oui
Psychiatrie	H	61	1	1	1	1	1	0,5	0	52	5	2	2 444		
Chirurgie plastique	H	50	1	1	1	1	1	0,5	0	65	7	2	2 925		oui
Rhumatologie	H	60	1	1	1	1	1	0,5	0	65	5 à 6	2	3 023		oui
Biologie médicale	H	52	1	1	1	1	1	0,5	0	65 à 70	0	0	3 484		
Ophthalmologie	H	51	1	1	1	1	1	1 sam. / mois	0	58	6 à 7	1	2 697		
Dermatologie	F	51	1	1	1	1	1	1	0,3	70	5	4	3 290		oui
GÉNÉRALISTES															
Généraliste	F	35	0	1	0	1	0	0,6	0	24	6	1	1 104		
Généraliste	F	32	0,5	1	0	1	1	0,5 / quinz.	0	55	11	1	2 255		
Généraliste	H	40	1	0	0,5	1	0	0,5 / quinz.	0,5 / quinz.	33	7	1,5	1 485	oui	oui
Généraliste	F	32	1	0,5	1	0,5	0,5	0,5 / quinz.	0	36	5	1,5	1 692		
Généraliste	H	33	1	1	0	0,5	1	0,6	0	52	7	1	2 340	oui	oui
Généraliste	H	39	1	1	0	1	1	0	0	55	1,5	2	2 778	oui	
Généraliste	F	42	1	1	0	1	1	0	0	40 à 45	12	1	1 700		
Généraliste	F	50	1	1	0	1	1	0,5	0	45	7	2	2 025		
Généraliste	H	59	1	1	0	1	1	0,5	0	45	5 à 6	0	2 093	oui	
Généraliste	F	36	1	1	0	1	1	0,5	0	45 à 50	5 à 6	0	2 209	oui	
Généraliste	F	49	1	1	1	0	1	0	0	38	12	2	1 520		
Généraliste	H	32	1	1	1	0	1	0,5	0	50 à 55	5	1	2 468	oui	
Généraliste	H	48	1	1	1	0,5	1	0,5	0	50	1	5	2 550		
Généraliste	H	47	1	1	1	1	1	0	0	55	4	3	2 640	oui	oui
Généraliste	H	29	1	1	1	1	1	0	0	60	6	2	2 760	oui	
Généraliste	F	50	1	1	1	1	1	0	0	70	0	5	3 640		oui
Généraliste	H	35	1	1	1	1	1	0	0	50 à 55	4	0	2 520		
Généraliste	H	62	1	1	1	1	1	0,5	0	56	3	0	2 744		
Généraliste	H	50	1	1	1	1	1	0,5	0	65	5	1	3 055	oui	oui
Généraliste	H	48	1	1	1	1	1	0,5	0	55 à 60	4	1	2 760		
Généraliste	H	29	1	1	1	1	1	0,7	0	60	2	0	3 000	oui	

Lecture :

L'emploi du temps par jour présente les journées entières travaillées (charge : 1) ou demi-journées (charge : 0.5). Les volumes d'heures hebdomadaires sont les reconstitutions faites à partir des déclaratifs horaires des médecins. Le volume d'heures annuel estimé résulte de la multiplication du volume horaire hebdomadaire et du nombre de semaines hors vacances.

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 la relation directe qu'institue le mode de paiement actuel entre la rémunération du praticien et le nombre d'actes qu'il effectue.

Des emplois du temps en partie déterminés par la spécialité

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 essentielles entre les spécialités : la journée d'un psychiatre ne ressemble ni à celle d'un généraliste ni à celle d'un chirurgien. Ces différences tiennent à plusieurs facteurs. Le premier est le temps des consultations, plus ou moins élevé, en fonction du retard pris entre les patients. La durée des consultations varie ainsi de cinq à dix minutes en période d'épidémie pour un généraliste à 45 minutes pour certains patients. La plage réservée par patient atteint fréquemment une heure chez un psychiatre. Chaque praticien au sein d'une spécialité se distingue par son souhait ou sa capacité à aller vite ou non, certains se définissant comme *bavards* par exemple. Mais au-delà de ces variations entre praticiens demeurent des écarts structurels liés à la nature des consultations de chaque spécialité. Le second facteur de différenciation des emplois du temps est lié aux urgences ; le troisième à la diversité des lieux d'exercice : visites à domicile ou seulement au cabinet, activités en clinique ou à l'hôpital certains jours.

Ainsi le fractionnement des temps de travail est différent pour chaque spécialité : fractionnement entre lieux et fractionnement en séquences courtes ou longues – et par des journées de travail dont le déroulement est plus ou moins prévisible – part des urgences et variance des temps de consultation. La figure 2 présente de façon synoptique ces différentes dimensions pour les spécialités rencontrées. Il découle de ces caractéristiques des journées et des organisations de travail structurellement différentes. Dans ses choix d'or-

ganisation, le praticien aura ou non le sentiment de maîtriser les événements. La maîtrise du temps de consultation relève de la programmation pour certains praticiens, alors qu'elle traduit la capacité à gérer les imprévus au jour le jour pour d'autres. Ce sont les généralistes qui ont à faire face à la plus grande complexité d'organisation du temps de travail.

La prise de rendez-vous : différences d'enjeux et de méthodes entre praticiens

Le choix entre consultation sur rendez-vous et consultation libre ne concerne que les généralistes. Dans notre échantillon de vingt généralistes : treize praticiens imposent des consultations uniquement sur rendez-vous, deux ont des consultations uniquement libres et cinq mixtes. La prise de rendez-vous est présentée comme un mode de régulation de la charge de travail. Toutefois lorsqu'il n'y a pas de personnel d'accueil, l'accès au cabinet n'est pas contrôlé de façon stricte et des patients viennent parfois sans rendez-vous.

La consultation libre 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. Cela 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.

Les médecins font le choix d'être ponctuels ou pas, se donnent les moyens de maîtriser le temps de travail ou pas. Ces deux objectifs : ponctualité et maîtrise du temps de travail ne sont pas partagés par tous. Chaque praticien entretient avec les horaires un rapport particulier, qui induit des organisations du travail personnalisées. 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*. L'objectif de ponctualité paraît assez facilement atteignable pour nombre de spécialités peu exposées aux aléas ; si les rendez-vous sont suffisamment

espacés, fixés en fonction de la durée moyenne effective des consultations, l'agenda est tenu sans grande difficulté. À l'inverse, pour les généralistes qui reconnaissent assez souvent être *en retard*, tenir l'agenda est particulièrement ambitieux.

Pour certains d'entre eux, le rendez-vous n'est qu'un ticket d'entrée. L'heure compte peu car elle ne sera pas respectée et les patients attendent parfois jusqu'à une ou deux heures. 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 il est possible de refuser un patient parce qu'il est en retard. 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 stratégies et cela dépend beaucoup de la spécialité. Fixer un rendez-vous intelligent c'est intégrer une information connue à l'avance sur sa durée ou son risque de débordement.

Tous ceux qui doivent faire face aux urgences, sans perturber l'agenda, prévoient soit des plages libres dans l'agenda (souvent un rendez-vous à h00, h15, h30 et rien à h45), soit reçoivent les urgences après les consultations planifiées. Si les consultations en urgences augmentent objectivement la charge, c'est le choix d'organisation de chacun qui fera de ces urgences un facteur d'intensification de la charge ou pas, selon que l'agenda leur prévoit ou non une plage. 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 se traduit par des retards et des journées à rallonge.

L'outillage de la gestion : des choix variés et plus ou moins pesés

Certains praticiens paraissent maîtriser le déroulement de leur journée de travail et d'autres davantage le subir. Les ressources

mobilisées pour organiser le travail sont très variées et il n'apparaît pas d'organisation idéale tant la performance de chacune est liée à la personnalité du praticien et à sa conception de la pratique. Les ressources d'organisation et d'appui du praticien diffèrent principalement selon la forme du secrétariat et l'usage plus ou moins avancé ou banalisé de l'informatique.

Le recours à un secrétariat est évidemment conditionné à des paramètres de coûts : secteur de conventionnement et cabinet en société civile de moyens sont déterminants. Seuls quatre praticiens rencontrés sur 48 n'ont pas de secrétariat du tout. Ils sont plus nombreux à avoir recours à un secrétariat à distance qui couvre les plages horaires où ils sont hors du cabinet, et parfois les temps de consultation. Dans quelques rares cas, c'est l'épouse qui fait la régulation, ce schéma étant appelé à disparaître. Enfin, les secrétariats sont très fréquents dans les cabinets de groupe, qui se développent. Au total, le praticien choisit des temps de secrétariat d'intensité très variable : a minima l'accueil si la secrétaire est sur place, la prise de rendez-vous plus ou moins élaborée, la gestion administrative de la consultation parfois, l'encaissement et la télétransmission, le filtrage des appels (qui compte une part de diagnostique), parfois quelques actes d'appareillage, la comptabilité de recette, les achats de matériel. Ce sont chez des spécialistes de secteur 2 ou dans des cabinets de groupe particulièrement avancés dans la mutualisation des moyens et des pratiques que l'on trouve les délégations de gestion les plus développées.

La mise à jour du dossier médical du patient relève de pratiques extrêmement peu normées. L'informatisation du dossier est une évidence indiscutable pour les plus jeunes praticiens, alors qu'elle résulte d'un choix raisonné de changement de pratique pour les plus âgés. Certains y demeurent réticents en évoquant la fonction d'écran au premier sens du terme que produit l'ordinateur. Ce type de position devrait disparaître, il reste que les fonctionnalités de l'informatique du cabinet sont très diversement développées. Elles conditionnent le temps consacré hors consultation à traiter l'intégration d'information

venant des réseaux de soin (biologie, examens, lettres de confrères, bilans...). L'accès à ces fonctionnalités requiert un certain niveau de ressources techniques pour l'installation des outils de traitement (protocoles de télétransmission, paramétrages d'échanges d'information...).

Outre l'effet générationnel, le choix d'investir dans cette expertise technologique apparaît déterminant. Cela suppose aussi que tous les praticiens du cabinet s'accordent sur des outils communs. Derrière le choix technologique qui requiert un investissement en temps et en argent se profile aussi l'acceptation de la perte d'une certaine forme d'autonomie de fonctionnement et crée une dépendance technologique.

Les praticiens rencontrés construisent donc des fonctions de secrétariat avec des moyens humains et techniques très variés. Choix qui résultent de moyens financiers mais aussi du souci plus ou moins présent de rationaliser ces fonctions support. Il en résulte selon les cas, des organisations parfaitement maîtrisées ou au contraire vécues comme problématiques. Une pédiatre travaillant seule avec un agenda papier, des dossiers papiers parfaitement archivés, sans secrétariat, ou un jeune généraliste qui transporte son ordinateur portable même au domicile des patients, en réseau avec le secrétariat du cabinet de groupe et ses confrères, et recevant par télétransmission les biologies, dans ces deux cas l'organisation est maîtrisée.

La charge administrative résulte d'une organisation et reflète la satisfaction au travail

Le label « travail administratif », recouvre trois composantes : un volet médical (la lecture des résultats d'examen, la mise à jour des dossiers des patients, les courriers aux confrères) ; un volet administratif (qualifié de *paperasse* par nombre de praticiens) qui concerne la sécurité sociale et les dossiers administratifs des patients (prises en charge ALD, bons de transport, dossiers COTOREP, télétransmissions) ; et un volet de gestion du cabinet et de l'activité libérale (avec au premier chef la comptabilité).

Certains médecins traitent tout au fil de l'eau et décrivent des heures de travail incluant le

travail administratif : des plages de l'agenda lui sont réservées le matin avant la consultation, à l'heure du déjeuner, le soir en fin de consultation ou bien sous la forme d'une demi-journée ou d'une journée entière. Quelques médecins réservent une demi-journée fixe dans l'agenda. 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.

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 administrative. De l'avis assez général, c'est un volet inintéressant, voire un travail qui ne devrait pas incomber au médecin ou qui est inutile en partie (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** ; ces derniers ont d'autant plus de mal à se débarrasser de ces tâches, qu'ils ne les ont pas véritablement organisées.

Il convient ici de distinguer deux catégories de médecins. Les premiers ont 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, moins soumis à des aléas de charge, l'évocation de la *paperasse* est davantage la « caisse de résonance » ou la marque d'une insatisfaction parfois plus diffuse. Ces médecins ne parviennent généralement pas à évaluer le temps pris réellement par ces activités 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.

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.

Travailler plus à condition de faire plus de médecine

La quantité de travail, mesurée en heures, en actes, n'est certainement pas la bonne mesure de la charge perçue par les praticiens. Même si le volume d'heures, souvent important, de travail est une charge *physique*, il est supporté très différemment selon ce qui la compose.

Si certains sont tentés de concevoir leur activité comme le seul temps de la consultation et des actes, dans une pratique très isolée, d'autres recherchent l'enrichissement permanent de leur exercice à travers l'implication dans l'étude, les formes collectives d'intervention, le souci réflexif. Ceux-là ajoutent à leur emploi du temps des activités qui vont diversifier leur environnement professionnel, parfois

ENCADRÉ 2

La durée du travail des médecins libéraux : quelle estimation au travers des études récentes ?

L'enquête Emploi de l'Insee est la source de référence pour mesurer le temps de travail : elle permet à la fois des comparaisons entre professions et une mesure de l'évolution dans le temps. On demande à l'enquêté de déclarer la durée de travail de son activité principale et régulière. Depuis 1990 le temps de travail libéral des médecins libéraux, mesuré par l'enquête Emploi, est resté très stable, autour de 53 heures pour les généralistes et d'un peu moins de 50 heures pour les spécialistes libéraux [Breuil-Genier, 2005]. Cette profession n'a ainsi pas participé au mouvement de réduction du temps de travail observé pour la majorité des salariés. L'enquête Emploi permet ainsi d'établir qu'en 2007 la durée hebdomadaire « normale » des médecins libéraux (hors congés et au titre de leur activité principale et régulière) est proche de 52 heures pour les généralistes et de 48 heures pour les spécialistes. Ces temps correspondent à une durée annuelle effective de travail des médecins libéraux « à temps complet » de 2 500 heures en moyenne pour les généralistes et de 2 300 heures pour les spécialistes, pour respectivement 251 et 232 jours de travail, avec une durée de 10 heures en moyenne par journée de travail (généralistes comme spécialistes). En 2007, 11 % des médecins libéraux déclarent exercer à temps partiel, pour la grande majorité ce sont des femmes, et ce taux n'a pas varié dans les dix dernières années. L'écart de durée hebdomadaire de travail entre hommes et femmes est en moyenne sur les dernières années de l'ordre de 10 heures, pour les spécialistes libéraux comme pour les généralistes.

Lorsqu'on interroge les seuls médecins généralistes sur leur temps de travail durant la semaine précédente (ou la dernière semaine travaillée), en incluant les diverses activités (libérales et salariées), les gardes et astreintes, ils répondent en moyenne qu'ils ont travaillé 55 heures [Aulagnier et al., 2007]. Cette réponse apparaît stable dans le temps, avec une différence qui reste importante entre les hommes (60 heures) et les femmes (50 heures).

Le temps de travail des médecins libéraux est difficile à mesurer, d'abord parce que l'activité est très variable d'un jour à l'autre et l'emploi du temps diffère sensiblement selon les médecins. La CNAMTS a publié en 2001 une étude de l'activité des généralistes libéraux sur une semaine pour chaque jour, à partir des actes remboursés par l'assurance maladie. Elle montre notamment que le lundi est le jour le plus chargé, concentrant 20 % de l'activité de la semaine, que si 26 % des généralistes sont actifs le dimanche, ils n'effectuent ce jour-là qu'un peu plus de 1 % de l'activité de la semaine (urgences). L'activité diffère selon le sexe du médecin, les femmes travaillant moins de jours (-10 %) et réalisant moins d'actes par jour travaillé (-20 %), et selon la zone d'exercice, les généralistes installés en milieu rural ayant une activité beaucoup plus importante que ceux des villes, surtout compte tenu des distances qu'ils doivent parcourir. Cette étude mériterait d'être actualisée. L'activité moyenne des femmes s'est probablement encore accrue depuis 2000 et la variabilité des temps résulte aussi de la multiactivité et de l'organisation du cabinet. D'après le panel d'observation de la médecine générale [Aulagnier et al., 2007], les généralistes ayant un exercice mixte (libéral et salarié) déclarent toute choses égales par ailleurs (caractéristiques du médecin, de sa zone d'exercice et de sa patientèle) travailler deux heures de plus par semaine et les praticiens exerçant en cabinet de groupe deux heures de moins que leurs confrères exerçant seuls.

Pour un médecin enquêté sur sa durée de travail, la réponse est d'autant plus délicate à formuler que le temps qu'il a réellement consacré à son activité s'éloigne de la norme qu'il a en tête, de la représentation qu'il se fait du temps qu'il devrait y consacrer. La quantification globale peut être rendue complexe sur la période de référence, du fait des imprévus, de l'activité non programmée ou des gardes et astreintes. A cela s'ajoute la diversité des temps, qui constituent - mis bout à bout - l'emploi du temps professionnel hebdomadaire du médecin. Il s'agit du temps proprement médical des consultations et visites, mais aussi des temps consacrés au fonctionnement du cabinet, à la constitution des dossiers ou certificats, aux interventions dans des établissements, aux déplacements, aux conseils téléphoniques, à la formation continue souvent effectuée hors du cabinet, etc.

Le temps de travail médical réalisé en libéral, c'est-à-dire celui passé auprès des patients, peut être approché, en première approximation, en multipliant le nombre de consultations et visites déclarées à l'Assurance maladie par leur durée moyenne, estimée par le biais d'enquête. L'exercice, mené en 2007 par le Haut Commissariat pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM), conduit à une durée hebdomadaire moyenne de l'ordre de 33 heures pour les généralistes. Le temps de travail consacré directement aux soins doit inclure en outre la participation à la permanence de soins, les conseils donnés par téléphone, l'exercice d'une activité médicale salariée, la préparation des dossiers de type Cotorep ou ALD. L'Irdes a fait ce travail de recensement des différentes activités en s'efforçant d'estimer à partir de données administratives ou d'enquêtes disponibles un ordre de grandeur du temps que les praticiens déclarent leur consacrer en moyenne [Le Fur, 2009]. Sur un temps de travail total moyen de 55 heures par semaine, 60 % seraient ainsi consacrés aux diagnostics et aux soins dans le cadre libéral (33 heures), 20 % à d'autres activités de diagnostic et de soins (astreintes, activité salariée, conseils téléphoniques, consultations gratuites), près de 10 % à la formation continue, lectures et réceptions des visiteurs médicaux, et plus de 10 % restant à des activités administratives, tenue de l'agenda des rendez-vous et entretien du cabinet.

nourrir une vision sociale de la médecine, dans un souci d'excellence, ou au moins de perfectionnement. Déjeuner d'équipe, soirées de formation continue, initiative dans des réseaux de santé, engagement dans une démarche de qualité des soins, sont à ajouter au temps de travail. En réalité ces activités allègent la charge subjective en participant d'un certain réenchantement de la pratique. La formation continue est la forme la plus courante de ces activités, elle est tout autant présentée comme un investissement nécessaire que comme une distraction (en réalité une extraction).

Nous avançons l'hypothèse que de façon générale, lorsqu'elle existe, la diversité des activités au cours de la semaine produit l'étrange paradoxe d'une suractivité qui produit des respirations. 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 leur activité dans un spectre large.

Ainsi, les déplacements qui peuvent apparaître a priori comme des temps perdus ou 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 valorisent plus qu'ils ne fatiguent ceux qui se sentent distingués par cette diversité d'activités.

De façon générale, c'est dans le creux des discours des praticiens que s'entend la hiérarchie des temps selon qu'ils sont consacrés à de la *vraie médecine* ou pas. Cette hiérarchie distingue d'abord ce qui est médical de ce qui ne l'est pas. À cette aune, l'ensemble des tâches administratives sont disqualifiées. Mais plus intéressante est la hiérarchie entre les différents types d'actes médicaux. Elle s'exprime dans les comparaisons entre spécialités mais aussi entre les différentes prises en charge

traitées par un praticien. Quand elles sont exprimées, toutes ces hiérarchies ont en commun de valoriser les actes médicaux estimés 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.

Pour un praticien, 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 corollaire de donner au praticien une image positive de sa mission, et souligne le sens de la pratique.

Variante du travailler trop

La plainte assez généralement exprimée du *trop de travail* recouvre tout ou partie de plusieurs catégories de *trop*. 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 au-delà de cette charge objective, ce qui fait la charge de travail, c'est un certain nombre de situations ou de perceptions. Se distinguent assez clairement quatre 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 familiale⁴. Tous les praticiens ne sont pas exposés à ces difficultés et quand ils le sont, tous ne les ressentent pas comme une charge insupportable, loin s'en faut.

Les maladies du corps social qui entrent avec les maladies des corps dans les cabinets font peser sur certains praticiens une charge importante, d'autant plus pesante que le médecin ne peut rien y faire. Pour ceux qui sont localement les plus confrontés à la misère, aux situations de désaffiliation ou aux violences de toute nature, l'activité est vécue en général comme un sacerdoce. Cette vision de sa mission permet au médecin de donner un sens ambitieux à la réalisation d'une médecine sociale. Mais il arrive que cet équilibre du sens soit fragilisé, par un événement ou par les années de confrontation à la dureté de certaines vies. Dans ces situations, les heures deviennent lourdes et les compter reprend du sens.

4. Ces constats rejoignent très largement les analyses existantes sur les causes de rupture professionnelle identifiées dans les travaux sur la cessation d'activité [Véga, 2007].

Dans un autre registre, de nombreux médecins – notamment généralistes de centre-ville – 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. Le médecin généraliste est ici en première ligne.

La deuxième expression plus banale du *trop de travail* consiste à évoquer l'équilibre, les tensions, les déséquilibres que fait peser la vie professionnelle sur la vie familiale. Cette question de l'équilibre semble principalement reposer sur la capacité du médecin à séparer les temps professionnels et les temps familiaux, et à négocier cette répartition. Ces questions se posent bien sûr très différemment à divers moments du cycle de vie.

Plus fondamentalement, s'agissant de la recherche d'un équilibre, c'est la question de l'appropriation du temps - je gère mon temps - qui paraît la plus importante pour les médecins libéraux. Ainsi, 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 de certains 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.

Lorsque le temps de consultation *déborde* au-delà d'une heure hypothétique souhaitée, le plus coûteux subjectivement paraît être le temps conduisant à une certaine porosité entre le temps de la vie familiale et le temps professionnel : retourner au cabinet le week-end ou reprendre des courriers ou des résultats d'analyses 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 se sent débordé. Cette figure est plus fréquente parmi les médecins généralistes structurellement exposés aux urgences et ayant des ressources en secrétariat plus limitées. Les frontières sont floues et le sentiment que la vie professionnelle envahit tous les temps est de plus en plus prégnant.

Il est intéressant de souligner que 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 astreignants, ils ont le caractère valorisant que nous évoquions : c'est bien un temps de médecine.

Gratifications et sentiment de justice

Le temps passé est d'autant mieux supporté qu'il est rétribué : il peut s'agir d'une rémunération pécuniaire ou d'une rétribution symbolique. L'évaluation subjective de la charge de travail est ainsi très directement liée à la perception du praticien à être justement rétribué pour le 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 à d'autres qui ne le sont pas. Il semble que certains praticiens, plutôt que de concevoir leur activité globalement comme faite de consultations ou d'actes et de tâches connexes, regardent la part d'activité non directement rémunérée comme une part de travail indue.

Enfin, la 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. Or l'acceptation de la charge de travail résulte aussi de l'analyse comparée que chaque médecin fait par rapport à son environnement. Plus que d'autres professions ou métiers, 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.

Un sentiment d'injustice s'exprime principalement chez les médecins généralistes qui jugent leur mission plus complexe et plus éprouvante à bien des égards que celle de certains spécialistes. Et ce ne sont pas les généralistes qui exercent dans les zones les plus difficiles qui se font en premier l'écho de cette injustice, d'abord parce qu'ils soutiennent le choix de leur lieu d'exercice, ensuite parce que la pression concurrentielle est faible sur ces territoires. Les comparaisons entre les avantages indus des uns face aux inconvénients sous-estimés des autres apparaissent plus souvent dans les zones de densité médicale élevée 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.

Enfin, une grande part de la gratification est évaluée à l'aune de l'attitude des patients. Selon qu'ils sont reconnaissants ou ingrats, ils contribuent à un surcroît de rétribution du temps passé ou pas. La manière d'évoquer les patients se caractérise par une certaine ambivalence. Les médecins hésitent à désigner leurs patients comme des personnes 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 : *on a les patients qu'on mérite*.

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 est le respect du rendez-vous, la deuxième est la confiance dans le diagnostic et le respect 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*, les médecins la perçoivent comme de plus en plus répandue. 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 impolites ou qui, pendant la consultation, met 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, contraire à l'ancienne figure plus docile, plus confiante et plus fidèle.

Confiance dans le diagnostic du médecin et respect de la prescription thérapeutique sont en plus de la civilité, les attendus majeurs qui fondent ou entament le sentiment de reconnaissance professionnelle par les patients. Ainsi, les médecins refusent d'être instrumentalisés (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.

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*. Que ces situations soient exceptionnelles ou ten-

dent à se répéter, elles font varier la charge de travail perçue. Enfin, le procès et la mise en doute de la capacité du médecin entament définitivement la relation de confiance avec le patient. Cette situation est parfois l'ultime symptôme d'une dégradation symbolique de la place du médecin dans la société. 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 les médecins composent aujourd'hui avec cette donnée, et plus particulièrement ceux qui opèrent. 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.

Au final, la tonalité du discours sur l'activité et le temps de travail n'est pas directement liée à une quantité de temps passé au travail. Elle est au contraire fortement liée 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. Si l'exercice de la médecine est structurellement fatigant, il produit chez certains une fatigue du soir, et chez d'autres une fatigue du matin. L'investissement en temps n'est pas la bonne mesure de l'effort consenti et ressenti par le médecin. C'est davantage l'investissement choisi et réussi dans une certaine médecine, jugé suffisamment rétribué tant économiquement que symboliquement, qui donne la mesure subjective de l'effort. ■

Pour en savoir plus

- 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 Étude 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.
- Breuil-Genier P., 2005, « La situation professionnelle des conjoints de médecins », DREES, *Études et Résultats*, n° 430, septembre.
- Danh Hao Dan B., Lévy D., Teitelbaum J., Allemand H., 2007, « Médecins et pratiques médicales en France : 1967-1977-2007 », CSDM, 48^e année, N° 4, octobre-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.
- Gouyon M., 2009, « Consulter un spécialiste libéral à son cabinet : premiers résultats d'une enquête nationale », DREES, *Études et Résultats*, n° 704, octobre.
- 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.
- Micheau J. et Molière E., 2010, « Activité et emplois du temps des médecins libéraux », DREES, *Document de travail série Études et recherche*, n° xx, mars.
- 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, décembre.
-