

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

SÉRIE
ÉTUDES

**DOCUMENT
DE
TRAVAIL**

**Les conditions de travail des médecins
Intérêt et limites d'une comparaison
entre médecins salariés et libéraux**

Post-enquête « Conditions et organisation du travail
dans les établissements de santé »
(4/5)

Paul BOUFFARTIGUE et Jacques BOUTEILLER
Avec la participation d'Anne-Marie ARBORIO
(LEST)

n° 50 – juin 2005

À Michel ARLIAUD

notre collègue et ami, disparu brutalement
le surlendemain d'une des réunions de travail
à laquelle il participait dans le cadre
de sa collaboration à cette recherche

« La pire des maltraitances qu'on peut faire à des gens, c'est de les empêcher de bien travailler alors qu'ils savent le faire »

Une anesthésiste hospitalière

Sommaire

Introduction.....	9
Méthodologie, échantillon	10
1- Construction de l'échantillon	10
2- Déroulement de l'enquête	10
3- Traitement des entretiens	12
4- Caractéristique de l'échantillon final des 17 interviewés.....	12
5- Une vision partielle mais significative du corps médical.....	13
Première partie - Retour, en situation d'entretien, sur l'enquête téléphonique	15
1-Un souvenir très vague.....	15
2-Exemples d'incohérences.....	16
3- Un flou significatif : des repères disparates pour l'entrée dans la profession	17
4- Un temps de travail rebelle à la mesure	19
Seconde partie - Des « conditions de travail » aux « conditions d'exercice professionnel »	27
1- Les thèmes spontanément associés à la notion de « conditions de travail »	27
2- La pénibilité physique, jamais isolée d'autres dimensions (âge, sens du travail...)	31
3- La dégradation de la relation de confiance patients/médecin.....	33
4- Une judiciarisation envahissante.....	36
5- Une « patientèle » abusant de la « médecine gratuite » ?.....	39
6- Une dégradation du revenu	41
7- La pénurie comme symptôme et comme élément actif des conditions d'exercice.....	44
Conclusion de la seconde partie	47
Troisième partie – Salariat hospitalier/libéral en clinique. Convergences et nuances.....	49
1- Le monde hospitalier : une expérience à la fois commune et diversifiée.....	49
2- Avoir quitté l'hôpital.....	50
3- Être resté(e) à l'hôpital.....	53
4- Avoir débuté à l'hôpital	55
5- Exercer en libéral : une autonomie sous contraintes	57
Conclusion de la troisième partie	61
Quatrième partie : Enjeux temporels et types de profils professionnels.....	63
1- Profils sociaux des 17 médecins	63
2- Chirurgiens libéraux.....	65
3- Anesthésistes réanimateurs libéraux	68
4- Médecins salariés ayant une activité de soin.....	71
5- Médecins sans activité de soin	74
6- Deux jeunes généralistes débutant comme remplaçants	76
Conclusion	79

Introduction

Ce rapport met en forme les résultats de l'une des « post-enquêtes » sollicitées par la Drees à la suite de la vaste enquête sur les conditions et le temps de travail des personnels des établissements de la santé réalisée par questionnaire téléphonique début 2003 auprès d'un échantillon de 5 000 personnes. Cette post-enquête porte sur les médecins et s'interroge sur « l'intérêt et les limites d'une comparaison entre médecins salariés et libéraux ».

Cette question, qui se présente d'abord comme une question pratique pour la Drees, celle de la pertinence du questionnaire utilisé pour approcher les conditions de travail d'un groupe professionnel exerçant une activité sous statut libéral, alors qu'il a été d'abord conçu pour des professions salariées, est également une question scientifique de fond : celle de la pertinence d'une approche objectivante du travail réalisé par des professions échappant aux modalités salariales de la subordination, et plus largement pour des catégories hautement qualifiées. En effet, plus on s'éloigne d'une situation de travail taylorisée, plus l'organisation du travail fait une place à l'autonomie, au sens des responsabilités, à l'implication subjective dans l'activité ; plus elle implique le brouillage des frontières entre les espaces-temps professionnels et extra-professionnels ; plus les modalités de la prescription de l'activité se déplacent du respect de procédures vers la réalisation d'objectifs ; et plus l'approche objectivante de cette activité et de ses conditions devient problématique. On ajoutera que cette tendance est accentuée dans toute activité de travail réalisée en interaction avec un public, qu'il s'agisse de « clients », d'« usagers »...ou de patients.

Il s'agit donc d'examiner l'efficacité du questionnaire utilisé au regard des grandes dimensions qui structurent effectivement les conditions d'emploi et de travail des médecins, en partant de l'hypothèse que nombre de ces dimensions sont communes aux deux modes d'exercice – ce qui justifie qu'on s'intéresse également aux deux statuts d'exercice – mais qu'un certain nombre demeurent spécifiques à l'un et l'autre. Telle est la première finalité de cette « post-enquête » par entretiens. La seconde finalité est d'enrichir la connaissance des médecins au regard de la perspective privilégiée par notre équipe : articuler le « temps de travail » et le « temps de l'emploi », et, plus largement, les conditions de travail et la carrière professionnelle des groupes concernés.

La méthode utilisée et les caractéristiques de l'échantillon des dix-sept médecins avec lesquels un entretien a pu être réalisé au cours de l'été 2004 sont d'abord présentés. Les difficultés rencontrées dans les prises de contact apportent d'emblée un certain nombre d'enseignements concernant la qualité des données individuelles du fichier en particulier quelques incohérences à propos du sexe et de la spécialité exercée. On situera également l'échantillon de notre post-enquête au sein de la population d'ensemble des médecins.

La première partie est centrée sur une confrontation entre les réponses faites au questionnaire et les matériaux recueillis en entretiens, à chaque fois que des décalages ou des incohérences nous ont paru assez systématiques ou significatifs. Nous faisons alors un traitement de choix à la question du temps de travail, en ce qu'il se révèle particulièrement rebelle à la mesure.

La seconde partie est consacrée à une première approche de la notion de « conditions de travail », au regard de l'expérience que nous en ont restitué nos interlocuteurs. Cette dernière impose d'élargir cette notion à celle de « conditions d'exercice professionnel », un grand nombre de thèmes sensibles échappant à la définition traditionnelle.

La troisième partie traite du clivage entre salariat hospitalier et exercice libéral. Comme tous les médecins ont une expérience hospitalière, cette partie s'organise selon le type de cursus ultérieur.

La quatrième partie enfin approfondit, à partir de l'identification de plusieurs profils socioprofessionnels et de la présentation plus détaillée de quelques biographies, les enjeux du temps de travail.

Méthodologie, échantillon

1- Construction de l'échantillon

En cohérence avec la problématique de l'étude nous souhaitons initialement rencontrer des médecins répartis de manière équilibrée selon le statut d'exercice – pour moitié salariés, et pour moitié libéraux – tout en sur-représentant les femmes, dont on sait la proportion croissante au sein des nouvelles générations. Malheureusement les contraintes liées à la construction de l'enquête mère – qui sur-représente nettement les médecins libéraux dans la zone du sud-est de la France – et à la répartition des médecins disponibles pour les post-enquêtes entre les équipes de recherche n'ont pas rendu cet objectif possible : 27 des 33 médecins situés dans le champ de notre post-enquête sont des libéraux, et seulement 9 sont des femmes.

Dans l'échantillon d'enquête, nous avons retenu finalement 32 questionnaires correspondant à 31 médecins – l'un d'eux avait rempli deux questionnaires pour deux activités différentes : l'une comme salarié de clinique mutualiste, l'autre comme libéral associé dans une clinique privée, « Centre de la main des docteurs x-y-z » – majoritairement chirurgiens ou anesthésistes. Finalement 17 entretiens ont pu être réalisés. Au moment de l'enquête Drees, ils se répartissaient entre 10 libéraux et 7 salariés. Au moment où nous les avons rencontrés ils sont 12 libéraux (dont 10 hommes et 2 femmes ; dont 4 chirurgiens, 5 anesthésistes-réanimateurs, 1 néphrologue et 2 généralistes) et 5 salariés (dont 2 hommes et 3 femmes ; dont 3 hospitaliers et 2 autres salariés). Nous précisons plus loin dans le point 4 et dans un premier tableau les attributs de ces 17 médecins.

Concernant le passage de ces 31 médecins aux 17 finalement interrogés en face à face, il est nécessaire d'expliquer le déroulement concret de l'enquête.

2- Déroulement de l'enquête

Fin décembre 2003, nous avons adressé une lettre à en-tête Drees annonçant à 29 personnes une éventuelle prise de rendez-vous par les chercheurs « dans les premiers mois de l'année » : deux médecins n'ont pas fait l'objet de cet envoi, leur adresse étant soit absente du fichier, soit incohérente.

De la fin mai à la fin juillet nous avons organisé la prise de rendez-vous. Nous avons confronté les adresses et numéros de téléphone fournis par la Drees aux « pages blanches » et aux « pages jaunes » de l'annuaire téléphonique d'une part, et aux sites web des établissements de santé dans lesquels travaillent les enquêtés d'autre part. À cette occasion, on le verra un peu plus bas, quelques anomalies sont déjà apparues.

Sur les 29 médecins présélectionnés et informés par courrier, nous sommes entrés en relation téléphonique avec 21 d'entre eux dans l'objectif de fixer un rendez-vous avant la mi-août, en commençant par les salariés et par les plus proches géographiquement. Quatre n'ont pas pu être interviewés : deux femmes ont refusé, poliment mais fermement, en mettant en avant leur manque de

disponibilité ou d'intérêt¹ ; deux étaient disposés à nous recevoir ultérieurement, à des dates incompatibles avec le respect des délais de remise du rapport final.

La préparation des rendez-vous et des entretiens nous a amenés à effectuer un certain nombre de tests de cohérence entre les diverses indications fournies par les questionnaires, que nous avons reconstitués, physiquement, à partir de la base de données. Certaines parmi ces indications ont également été confrontées au contenu des échanges téléphoniques que nous avons eu avec certains médecins lors des premiers contacts pour rendez-vous ; certaines autres ont pu être rapprochées d'informations sur les médecins pressentis pour la post-enquête et collectées à partir de divers annuaires et sites internet. Ces tests ont permis de déceler quelques incohérences à propos du sexe et de la spécialité exercée.

Erreurs sur le sexe : trois sont codés « femme », il s'agit en fait d'hommes (numpost 4755, 4805, 4765)².

Problèmes tenant à la spécialité : incertitudes et précisions : C.F.³, « chirurgien service social » est en fait ORL exerçant en clinique ; M. A-J, codée « médecin », pratique en cabinet la « médecine physique et réadaptation » (numpost 1997) ; quant à la fondation où elle exerce elle apparaît dans l'organigramme de l' « hôpital pour enfants » ; D. D. (numpost 4754), « médecin chirurgien » exerçant la « chirurgie générale » est, dans l'organigramme de l'institut T., chirurgien de la main, (chirurgie plastique) ; M. S., « chirurgien général » est en fait en « chirurgie viscérale » (numpost 4759) ; A. R., « chirurgien pédiatrique » dans le libellé de la profession, est « psychiatre » dans le libellé de spécialité Adeli. Dans l'organigramme de la clinique, il est en « chirurgie viscérale et cœlioscopie » ; Laure, codée « anesthésiste », est en fait médecin DIM (numpost 3771).

Dans la quasi totalité des cas l'accueil a été excellent. Dans un cas toutefois (Denis), le médecin a été peu coopératif, nous faisant part de son sentiment d'un « harcèlement » par le ministère de la santé. Dans la grande majorité des cas les entretiens ont eu lieu sur le lieu d'exercice professionnel. Dans le cas de Marie un malentendu s'est produit puisque nous l'avons surprise à son domicile alors qu'elle nous attendait...au téléphone. Deux médecins – deux femmes – ont préféré nous recevoir à leur domicile (Marie, Nadia). Un, en situation de remplacement d'un collègue libéral en congés, nous a reçus dans le cabinet où il effectuait son remplacement (Joël). Les entretiens, enregistrés au magnétophone et très largement transcrits, duraient entre 1 h 30 et 2 h 30. Après un premier temps consacré au contrôle des éléments clefs de la trajectoire et de la situation professionnelles renseignés par le questionnaire, un second temps était focalisé sur les moments clefs de la biographie professionnelle, allant du choix des études de médecine et de la spécialité, aux projets d'avenir en passant par les conditions d'exercice présentes.

La majorité souhaiterait connaître les résultats de l'enquête : les médecins sont, d'une manière générale, très concernés par tout ce qui pourrait être fait « pour » ou « contre » leur profession ; ou plus exactement, on le verra, « pour » ou « contre » leur spécialité.

¹ NUMPOST 1897, Salariée PNL, 49 ans (mais également libérale) « pas intéressée » ; NUMPOST 4813, anesthésiste libérale PL, 48 ans, « pas le temps ».

² Ces médecins n'ont pas fait l'objet d'entretiens dans le cadre de la poste-enquête.

³ Les médecins désignés par leurs initiales n'ont pas été vus en entretien.

3- Traitement des entretiens

Les entretiens une fois transcrits ont fait l'objet de deux types de traitement.

1- Un traitement thématique, aboutissant au regroupement des matériaux recueillis autour de sept grands thèmes :

- Mémoire de l'enquête téléphonique et principales incohérences entre les questionnaires et les entretiens.
- Le temps de travail, et la confrontation des entretiens aux réponses au questionnaire.
- Le clivage entre l'hôpital public et le monde du privé libéral.
- Autonomie et contraintes professionnelles.;
- Conditions de travail, ou conditions d'exercice professionnel ?
- Temps de vie, temps du (des) projet(s).
- Divers autres thèmes.

Ce traitement thématique a servi à la construction des trois premières parties du présent rapport.

2- La rédaction de « fiches de synthèses biographiques », de trois à cinq pages. Ces fiches ont permis d'alimenter directement la quatrième et dernière partie de ce rapport, « enjeux temporels et profils socioprofessionnel ».

4- Caractéristique de l'échantillon final des 17 interviewés

Nous présentons ci-joint le tableau des 17 interviewés à partir de la base d'échantillonnage de l'enquête Drees, avec leurs principales caractéristiques (spécialité, statut d'exercice professionnel, sexe, âge, passage par l'internat ou par un Certificat d'études spécialisées (CES, situation de famille). Nous y avons ajouté Rémi, généraliste libéral que nous avons interviewé de manière exploratoire, et ne relevant pas de cette base d'échantillonnage (en italique dans le tableau ci-joint). Avec ce dernier notre échantillon comporte 18 médecins.

Cet échantillon sur-représente donc nettement les médecins libéraux (12/17). Il faut souligner le fait que deux des jeunes médecins exerçant comme salariés hospitaliers (« internes ») au moment de l'enquête de la Drees effectuée en 2003 ont depuis quitté l'hôpital et exercent comme libéraux généralistes. Par ailleurs, on y reviendra longuement, cette prépondérance des libéraux exerçant aujourd'hui pour la plupart en clinique privée ne nous a pas empêchés de recueillir un matériau très riche quant à l'expérience, connue par tous en début de vie active, du salariat hospitalier.

La distribution par genre et par spécialité se rapproche de celle de la population des médecins prise dans son ensemble. Notre échantillon compte 6 femmes – soit un tiers de l'ensemble – elles sont 36 % des médecins. Quatre de ces six femmes sont salariées ; les médecins exerçant sous ce statut sont à 60 % des femmes. Ces six femmes sont spécialistes pour quatre d'entre elles, généralistes pour les deux autres. Les femmes spécialistes exercent dans des spécialités qui sont plus féminisées que la moyenne au plan national et régional pour deux d'entre elles, et dans la moyenne pour une d'entre elles (les femmes représentent à l'échelle nationale 37 % des médecins spécialisés, et à l'échelle régionale 34 %⁴) : anato-cyto-pathologie (60 % en France, 68 % de femmes en PACA) ; psychiatrie (43 % de femmes en France, 39 % en PACA ; 51 % en France et 46 % en PACA pour la spécialité « enfants et adolescents ») ; anesthésie-réanimation (36 % de femmes en France, 39 % de femmes en PACA). La dernière des spécialistes est néphrologue, spécialité un peu moins féminisée que la moyenne (29 % de femmes en France, 21 % en PACA).

⁴ Ces données et les suivantes sont issues de l'*Ordre des médecins*, 2002.

Les 12 médecins libéraux rencontrés sont pour la plupart (neuf) des chirurgiens ou des anesthésistes : ces deux spécialités sont les plus pratiquées en France, après la psychiatrie (les psychiatres représentent 11,2 % des spécialistes ; les anesthésistes-réanimateurs 9,7 % ; et les chirurgiens 9,3 %). Les 5 salariés exercent des spécialités plus diverses : trois dans le cadre de l'hôpital public (anato-cyto-pathologie, maladies tropicales et infectieuses, anesthésie-réanimation), un dans le secteur privé non lucratif (psychiatrie), et un dans le secteur privé lucratif (informatique médicale).

Ces médecins sont assez âgés : seulement trois ont moins de 45 ans, et onze ont plus de 50 ans. On verra quelles en sont les incidences en termes d'usure professionnelle et de régulation du temps de travail lors de la seconde partie de la carrière.

Une bonne moitié (neuf) sont passés par l'internat, cinq n'ont qu'un CES, trois n'ont aucune spécialisation.

Enfin tous les plus de trente ans – 15 sur 17 – sont mariés ou re-mariés, et ont au minimum deux enfants : 10 d'entre eux ont trois enfants ou plus.

5- Une vision partielle mais significative du corps médical

Par construction de l'enquête mère de la Drees, les spécialités représentées ici sont, à titre principal, liées à un exercice hospitalier, au sens large : au sein d'une structure collective de soins. Il n'est donc pas étonnant que ne soient pas représentées des spécialités qui s'exercent de manière privilégiée – telle la dermatologie, la rhumatologie, l'ORL, la radiologie, la pédiatrie –, au sein d'un cabinet de ville, ou dans le domaine de la santé publique – telle la médecine du travail. À part une psychiatre, d'ailleurs, aucun des médecins interviewés n'a de cabinet de ville. En revanche, les libéraux peuvent très bien intervenir également à l'hôpital. Cette seule enquête, par la constitution même de son champ – les praticiens « hospitaliers » au sens large – ne peut donc donner qu'une vision partielle du « corps » médical. Mais il s'agit sans doute aujourd'hui, depuis que les généralistes ont reçu satisfaction en ce qui concerne la revalorisation de leurs actes, de la partie du « corps » la plus « malade » : celle qui est dépendante d'infrastructures lourdes et coûteuses, soumises à diverses procédures d'économie et de rationalisation gestionnaire. On peut imaginer qu'un dermatologue, un radiologue ou un rhumatologue « de ville » ont une « indépendance » économique – et statutaire - beaucoup forte que les médecins de notre échantillon. On verra d'ailleurs au sein même de notre échantillon comment la spécialité forme l'une des variables clé de la différenciation des conditions de travail, mieux des conditions d'exercice professionnel.

Échantillon des médecins interviewés

N° Question.	Prénom	Spécialité/statut **	Sx	Âge	Internat	CES	Situation fam.
0951	André	Chirurgien libéral	H	55	Oui	Non	Marié, 3 enf.
4956 *							
4954	Paul	Chirurgien libéral	H	52	Oui	Non	Divorcé, 2 enf.
4952	Jean	Chirurgien libéral	H	50	Oui	Non	Remarié ; 3 enf.
4759	Eric	Chirurgien libéral	H	45	Oui	Non	Marié, 3 enf.
4773	Alain	A.-R. libéral	H	54	Non	Oui	Marié, 3 enf.
4771	Bruno	A.-R. libéral	H	50	Non	Oui	Marié, 3 enf.
4955	Cyril	A.-R. libéral	H	47	Oui	Non	Marié, 2 enf.
4957	Denis	A.-R. libéral	H	45	Équivalent armées	Non	Marié, 4 enf.
1459	Anne	A.-R. hospitalier	F	59	Non	Oui	Mariée, 4 enf.
4958	Fred	A.-R., Pdg, libéral	H	58	Non	Oui	Remarié ; 3 enf.
4834	Clara	Néphrologue libérale	F	54	Non	Oui	Veuve, 3 enf.
928	Marie	Psychiatre. Salar.PNL/libérale	F	56	Oui	Oui	Mariée, 3 enf.
1461	Louis	Maladies Inf. & trop., salarié en CHU	H	58	Oui	Non	Marié, 2 enf.
4315	Elsa	Anatomo-patho., salariée en hôpital	F	38	Oui	Non	Mariée, 3 enf.
3771	Laure	Médecin D.I.M., salariée en clinique privée	F	54	Non	---	Mariée, 4 enf.
2871	Nadia	Généraliste libéral	F	27	Non	Non	Célibataire
4554	Joël	Généraliste libéral	H	30	Non	Non	Célibataire
	<i>Rémi***</i>	<i>Généraliste libéral</i>	<i>H</i>	<i>54</i>	<i>Non</i>	<i>Oui</i>	<i>Marié, 2 enf.</i>

*André avait rempli 2 questionnaires, l'un au titre de son exercice libéral, l'autre de son exercice salarié.

** Au moment de la post-enquête (au moment de l'enquête par questionnaire, Nadia et Alain étaient internes hospitaliers.).

*** Entretien exploratoire réalisé « hors échantillon Drees ».

Les prénoms utilisés dans cette étude sont fictifs.

Première partie - Retour, en situation d'entretien, sur l'enquête téléphonique

Cette partie du rapport traite d'abord, rapidement, de la mémoire qu'ont les interviewés du questionnaire téléphonique, auquel ils ont répondu plus d'un an auparavant (1) ; les principales incohérences factuelles enregistrées entre les réponses aux questionnaires et en entretien sont abordées (2) ; elle s'intéresse ensuite à une question à propos desquelles les réponses sont révélatrices du flou qui entoure le moment du passage des études à l'exercice de la profession médicale (3) ; elle s'attarde enfin sur une dimension des conditions de travail qui nous est chère et qui apparaît particulièrement rebelle à l'approche qui est celle du questionnaire tel qu'il est bâti, celle des temps du travail (4). Cet aspect introduit directement à la troisième partie du rapport puisqu'il indique déjà combien la notion traditionnelle de « conditions de travail » dérivée du paradigme salarial, s'avère inadaptée à l'appréhension des conditions d'exercice professionnel de professionnels dotés de haut niveau d'expertise et de responsabilité et dont les formes et les lieux d'activité sont multiples.

1-Un souvenir très vague

Comme pour les infirmières enquêtées par téléphone, puis « post-enquêtées » par nous-mêmes quelques mois après, le souvenir des médecins concernant cet épisode est vague. Plus vague même que pour les infirmières ; d'abord sans doute parce que le temps écoulé depuis est plus long encore – de l'ordre de 14 à 16 mois, contre 6 à 8 mois – mais, probablement pour des raisons plus fondamentales liées à l'importance plus grande encore des contraintes temporelles professionnelles qui sont celles des médecins, et de la multiplicité des sollicitations patentes qui sont les leurs.

La plupart déclarent en avoir un souvenir « vague », ou n'en ont retenu qu'un aspect très partiel : le « harcèlement » du ministère dont sont victimes actuellement les médecins.

« L'enquête, je m'en souviens sans me souvenir exactement du questionnaire, on m'a posé tout un tas de questions par téléphone, notamment sur les conditions d'occupation géographique ou de type de fonctionnement. Bon, une enquête que je n'avais pas sollicitée à laquelle j'avais répondu pour faire cesser le harcèlement du ministère » (Denis).

Ou, au contraire l'intérêt potentiel d'une telle étude en vue de décisions favorables à la profession.

« Un petit peu, je m'en rappelle » – Le questionnaire vous a-t-il paru adapté à vos conditions d'exercice ? » – « Si, si, ça reflétait bien ce que nous on peut attendre s'il y a un aspect décisionnel derrière, quoi, d'éventuelles revendications...si ça peut faire avancer les choses...Oui, c'est surtout le temps de travail en libéral, qui peut être très important » (Cyril).

La focalisation du questionnaire sur la « violence au travail ».

« Ben je m'en souviens vaguement, mais il me semblait qu'elle était davantage orientée sur la violence au travail, il y avait ce volet sur lequel j'avais été peut-être beaucoup plus prolix que sur le reste, parce que tout le reste je l'ai plus ou moins oublié. Oui c'est ce qui m'avait le plus arrêté ou accroché au niveau de cette enquête-là...mais après, je l'ai oubliée parce que ça fait longtemps » (Clara).

L'inadaptation des questions à la réalité des horaires.

« Je m'en souviens vaguement...je crois que c'était assez long, mais que j'avais à peu près le temps qu'il fallait pour répondre. J'avais été interrogée chez moi...Je me souviens qu'on m'avait demandé

mes horaires de travail, mais ça ne collait pas parce que je travaille beaucoup pendant très peu de semaines, et c'était pas prévu » (Nadia).

Certains ne s'en souviennent même pas du tout, ou pensent avoir eu à remplir un questionnaire auto-administré.

« Quand j'ai rempli consciencieusement, avec le maximum d'honnêteté un papier, il m'en attend 50 autres » (André).

« Je ne m'en souviens pas » (Jean).

2-Exemples d'incohérences

Dans l'ensemble la qualité de renseignement des questionnaires est assez bonne : les médecins y ont répondu de manière consciencieuse ; et les incohérences entre questionnaires et entretiens sur des dimensions essentielles de la situation professionnelle que nous avons rencontrées pour les infirmières – aide soignante codée infirmière, infirmière « faisant fonction » de surveillante non identifiée comme telle, flou sur le niveau de diplôme entre bac plus deux et bac plus trois – sont ici absentes.

Toutefois, parcourir une douzaine d'entretiens du point de vue des incohérences factuelles surgies entre les informations recueillies et les réponses au questionnaire permet d'introduire la réflexion sur trois dimensions de la vie professionnelle des médecins pour lesquelles les performances de l'enquête initiale apparaissent médiocres : la multi-activité professionnelle ; le moment de l'entrée dans la profession ; le temps et les horaires de travail. Certaines de ces incohérences peuvent être dues au fait que la situation des médecins avait pu changer entre l'enquête et la post-enquête.

André, chirurgien, libéral, 55 ans

- A rempli 2 questionnaires différents, l'un au titre de son activité principale, libérale (en clinique privée, déclarée « à temps plein »), l'autre au titre de son activité salariée (au sein d'un centre mutualiste, une demi-journée par semaine).
- Ancienneté dans l'établissement : 25 ans au lieu de 19 ans déclarés dans le questionnaire
- Confusion lors de l'entretien entre garde et astreinte, les astreintes étant nommées « gardes » dans son discours.
- Dans le questionnaire, ne déclare pas travailler la nuit, ni le week-end, ni faire des gardes. Mais contre-indique dans l'entretien : « le week-end dernier, on a fait 34 malades dans le dimanche » : il était en fait en astreinte.
- Dans le questionnaire aucune activité de formation n'apparaît : il assume pourtant en fait un rôle d'accueil de stagiaires, d'étudiants en DEA ou en thèse.
- Temps de travail : il explique bien qu'il y a des horaires « de principe » – ceux qui servent de base aux réponses au questionnaire – et que les dépassements horaires, nombreux, « ne se comptent pas ».

Paul, chirurgien, libéral, 52 ans

« Je suis incapable de quantifier les horaires de travail ».

Eric, chirurgien libéral, 45 ans

- Déclare dans le questionnaire travailler...50 dimanches par an...C'est inexact : il ne « travaille » pas le dimanche, mais est en « astreinte » 1 dimanche sur deux. Curieusement, il déclare dans le questionnaire ne pas travailler le samedi : or il est également d' « astreinte » 1 samedi sur 2.
- Inversement, il déclare dans le questionnaire ne pas travailler la nuit : mais il peut très bien – même si cela n'est pas fréquent – opérer la nuit en urgence dans le cadre d' « astreintes ».

Alain, anesthésiste, libéral, 54 ans , et Bruno, anesthésiste, libéral, 50 ans

- Leurs activités annexes, ou secondaires – remplacements occasionnels au cours de ses semaines de repos – ne sont pas comptabilisées dans le questionnaire dans leur temps de travail.

Cyril, anesthésiste, libéral, 47 ans

- Les gardes – qui sont renseignées dans le questionnaire – sont en fait effectuées à l'hôpital, et non à la clinique, son lieu principal d'exercice. Mais le questionnaire ne fait pas apparaître cette activité secondaire à l'hôpital.

- Les vacances à l'hôpital ne sont pas incluses, dans le questionnaire, au sein du décompte du temps de travail.

Denis, anesthésiste, libéral, 45 ans

- Le diplôme est codé « bac + 4 ».

- Les « 65 heures hebdomadaires » déclarées dans le questionnaire ne correspondent pas à une moyenne annuelle, puisqu'il a, en fait, 1 semaine de congés – ou de récupération – sur trois, soit 17 semaines dans l'année. Rapporté à une moyenne hebdomadaire sur l'année, le temps de travail effectif se rapproche nettement des « 40 heures ».

Anne, anesthésiste, hospitalière, 59 ans

- Apparaissent principalement des problèmes liés au mode de décompte du temps de travail.

Marie, psychiatre, libérale, 56 ans

- Le questionnaire ne saisit qu'une seule de ses quatre activités : elle exerce en effet non seulement à la « Croix Rouge » – établissement où la saisit le questionnaire – mais également à l' « ADSEA », dans un centre hospitalier, et enfin au sein de son cabinet privé.

- Dans le questionnaire, la durée hebdomadaire déclarée est de 10 heures par semaine...il s'agit donc en fait de la seule activité « Croix Rouge ». Tout calcul fait, la durée hebdomadaire se situe plutôt aux environs de 45 heures cumulées sur les 4 activités. Dans le questionnaire, Marie déclare travailler à temps complet, ce qui est vrai puisqu'elle cumule 4 activités : mais le temps de travail hebdomadaire déclaré dans l'établissement où elle est interrogée n'est que de 10 heures.

- Dans le questionnaire, elle dit avoir changé d'affectation depuis février 2000 : il s'agit en fait d'une diminution du temps de travail dans l'un de ses quatre lieux d'exercice – la « Croix Rouge » – et d'un allongement du temps de présence à l' « ADSEA ».

Laure, médecin DIM, 54 ans

- La spécialité renseignée est celle d' « anesthésiste ». Elle exerce en fait en tant que « médecin DIM », il est vrai une fonction récente et fort peu nombreuse qui a pu déstabiliser l'enquêteur.

Nadia, généraliste, 27 ans, et Joël, généraliste, 30 ans

- Saisis par l'enquête comme généralistes en hôpital où ils étaient effectivement internes à l'époque : au moment de la post-enquête, ils assurent des remplacements de médecins libéraux.

- Joël est codé « fonctionnaire » alors qu'il était « résident » à l'hôpital.

- Pour ces deux jeunes médecins, le régime temporel de l'internat ou du résidanat cadre mal avec le questionnaire : les « gardes » n'apparaissent pas dans la durée hebdomadaire déclarée (Joël), ou elles se traduisent par une présence trop discontinuée sur le lieu de travail (Nadia).

3- Un flou significatif : des repères disparates pour l'entrée dans la profession

La disparité des repères ou des événements retenus par les intéressés pour dater le moment de leur entrée dans la profession médicale s'illustre dans le tableau suivant. Elle se traduit par des âges de début professionnel allant de 24 ans à...46 ans (à 35 ans, si l'on écarte le cas de Laure qui n'a commencé à exercer le métier qu'après avoir élevé ses quatre enfants).

	Réponses Questions ANPROM, ANCPROA	Repere d'entrée dans la profession	Âge d'entrée
André	Chirurgien libéral	Concours internat	26 ans
Paul	Chirurgien libéral	Fin d'internat	27 ans
Jean	Chirurgien libéral	Installation en libéral	34 ans
Eric	Chirurgien libéral	Installation en libéral	35 ans
Alain	A.-R. libéral	Début de la spécialité	26 ans
Bruno	A.-R. libéral	Obtention du CES	30 ans
Cyril	A.-R. libéral	Concours internat	27 ans
Denis	A.-R. libéral	DES spécialité	29 ans
Anne	A.-R. hospitalier	Dérogation de remplacement	28 ans
Fred	A.-R., Pdg, libéral	Installation en libéral	27 ans
Clara	Néphrologue libérale	Installation en libéral	34 ans
Marie	Psychiatre. Salariée. PNL/libérale	Obtention du CES	28 ans
Louis	Maladies Inf. & trop. salarié en CHU	Début de l'assistantat	28 ans
Elsa	Anatomo-cyto-patho., salariée en hôpital	Premiers remplacements	30 ans
Laure	Médecin D.I.M., salariée en clinique privée	Premières vacances	46 ans
Nadia	Généraliste libérale	Début du résidanat	24 ans
Joël	Généraliste libéral	Fin du résidanat	27 ans

En effet les uns situent l'entrée dans la profession au moment de la réussite au concours de l'internat, au début du résidanat, ou au début de la spécialisation au travers d'un CES ; d'autres la réfèrent à la fin de l'internat ou du résidanat, ou encore à l'obtention du CES ; d'autres enfin retiennent les premiers remplacements en cabinet libéral ou carrément l'installation en libéral. On donne quelques exemples, en précisant l'âge qu'ils ont retenu dans la déclaration à l'enquête téléphonique, avec les commentaires produits en situation d'entretien.

André, chirurgien, libéral, 55 ans (réussite à l'internat, à 26 ans)

« *Légalement on n'avait pas le droit d'opérer tant qu'on n'était pas interne ; mais en pratique, on opérait* ».

Jean, chirurgien, libéral, 50 ans (installation en libéral, à 34 ans)

« *Le problème c'est de savoir de quoi on parle...c'est une très mauvaise question...le tout est de savoir d'abord ce qu'on veut savoir : si c'est mon installation en ville...là, ça va faire ma 17^{ème} année* ».

Eric, chirurgien libéral, 45 ans (installation en libéral, à 35 ans)

« *C'est par rapport à mon installation ici* ». Ses 3 années de « *clínicat* » sont donc occultées par la réponse.

Alain, anesthésiste, libéral, 54 ans (début de la spécialité, 26 ans)

« *Oui, j'ai dû compter ma thèse...puisque quand vous avez la thèse, vous êtes responsable en premier ; quand vous n'êtes pas thésé, vous êtes toujours sous la responsabilité de quelqu'un. C'est le diplôme qui vous permet d'exercer en tant que responsable...alors que vous étiez responsable avant, mais tant que vous êtes externe ou interne, vous exercez sous la responsabilité de quelqu'un...Même quand on a réussi l'internat, normalement tant qu'on n'a pas la thèse, on n'est pas responsable...c'est-à-dire qu'il y en a qui passent leur thèse en fin d'internat, et il y en a qui la passent en milieu d'internat...Je crois que c'est l'obtention de la thèse qui vous permet d'exercer la médecine : tant que vous n'êtes pas thésé vous pouvez remplacer, mais quand vous remplacez, vous êtes sous la couverture de quelqu'un qui a une thèse* ».

En fait la réponse fournie dans le questionnaire ne correspond pas à l'obtention de sa thèse, mais au début de la spécialité.

Bruno, anesthésiste, libéral, 50 ans (Obtention du CES, qui correspond ici à son début d'assistantat à l'hôpital, à 30 ans)

Anne, anesthésiste, hospitalière, 59 ans (Dérogation pour effectuer des remplacements, 28 ans).
Ce moment correspond à ce qui lui permet de gagner sa vie comme médecin, mais elle est encore en cours d'études. « *pour moi, c'est à 28 ans que j'ai décidé de gagner ma vie avec mon métier ; avant c'était de la rigolade* ».

Clara, néphrologue, libérale, 54 ans (20 ans, première expérience professionnelle en hémodialyse).
Dans le questionnaire, l'ancienneté dans la profession est de 20 ans. En face à face, la réponse est 25 ans, c'est-à-dire le début du CES ; 20 ans, c'est son premier poste au centre d'hémodialyse où elle est revenue aujourd'hui après l'avoir quitté.

Marie, psychiatre, libérale, 56 ans (28 ans, obtention du CES)
« *Je ne comprends pas, 1975 c'est la date de mon congé de maternité...je suis rentrée comme faisant fonction d'interne en septembre 1973 et j'ai passé le concours deux ans après...ha, c'est peut-être le CES de psychiatrie...je l'ai eu, oui, en 76 ou en 75* ».

Joël, généraliste, 30 ans (27 ans, réussite à l'internat).
« *Alors ça c'était un peu bâtard, parce que j'avais deux ans d'ancienneté d'interne...en fait, ce que j'ai répondu spontanément, c'était l'internat...à l'époque, en tant qu'interne, j'avais deux ans et demi d'ancienneté* ». On note que dans ce cas il ne s'agit pas littéralement d'internat mais bien de résidanat.

Le choix fait par chacun pour déclarer le moment de son entrée dans la profession n'a très probablement rien d'aléatoire : il correspond au seuil jugé subjectivement de manière rétrospective comme le plus significatif du passage des études à l'exercice du métier. Seule une étude approfondie de chacune des biographies permettrait de le montrer. Reste que les hésitations dont la plupart font état face à la sollicitation de cette datation, ainsi que les variations interindividuelles dans les moments mis en avant, témoignent de la spécificité des modes d'apprentissage de la profession médicale : le rôle central de la clinique et de la pratique, qui font passer de manière progressive d'une situation d'étudiant à une position de professionnel en situation d'exercice et de responsabilité.

4- Un temps de travail rebelle à la mesure

La confrontation entre les durées hebdomadaires de travail déclarées dans le cadre de l'enquête téléphonique et les commentaires que nous avons recueillis est fort instructive : en dehors de deux cas de médecins que la situation de travail, à distance des patients et/ou inscrite dans une logique de flux, rapproche du salariat ordinaire les écarts sont plus ou moins marqués entre les durées déclarées et les réalités vécues des temps de travail. On citera quelques extraits d'entretien expliquant la difficulté ou l'impossibilité de la mesure des durées du travail, qui amènent la plupart des intéressés à distinguer la norme formelle, la « règle », à partir de laquelle ils ont répondu aux questions, de la réalité des leurs temporalités. Cela permettra d'identifier les principales caractéristiques de leurs activités professionnelles qui en sont au principe. On examinera enfin les modes de régulation de la charge et du temps de travail qui sont mis en place aux plans individuel et collectif.

Temps de travail :
Réponses fournies au questionnaire Drees

		Durée hebdom.	Samedi	Dimanche	Nuit	Astreintes	Gardes	Travail pendant astreintes
André	Chirurgien libéral	4	4/mois	non	non	non	non	--
André	Chirurgien libéral	40	non	non	non	6/mois	non	toujours
Paul	Chirurgien libéral	40	4/mois	non	non	30/mois	5/mois	parfois
Jean	Chirurgien libéral	53	4/mois	non	non	non	non	--
Eric	Chirurgien libéral	65	4/mois	50/an	non	15/mois	non	toujours
Alain	A.-R. libéral	45	1/mois	1/mois	non	4/mois	4/mois	parfois
Bruno	A.-R. libéral	65	2/mois	non	non	8/mois	non	parfois
Cyril	A.-R. libéral	51	non	non	non	15/mois	4/mois	toujours
Denis	A.-R. libéral	65	1/mois	1/mois	2/mois	7/mois	non	toujours
Anne	A.-R. hospitalier	80	1/mois	1/mois	2/mois	7/mois	4/mois	toujours
Fred	A.-R., Pdg, libéral	45	1/mois	non	non	non	5/mois	--
Clara	Néphrologue libérale	50	4/mois	1/mois	12/mois	8/mois	12/mois	parfois
Marie	Psychiatre. Salar.PNL/libérale	10	non	non	non	non	non	--
Louis	Maladies Inf. & trop., salarié en CHU	70	4/mois	non	non	2/mois	non	parfois
Elsa	Anatomo-patho. Salariée hôpital	24	non	non	non	non	non	--
Laure	Médecin D.I.M., salariée en clinique privé	21	non	non	non	non	non	--
Nadia	Généraliste libéral (interne en 2003)	35	1/mois	1/mois	4/mois	non	4/mois	--
Joël	Généraliste libéral (interne en 2003)	40	2/mois	non	non	non	4/mois	--

Des durées déclarées aux temporalités vécues

Les questionnaires des 17 médecins font apparaître des durées hebdomadaires du travail très dispersées, puisqu'elles vont de...4 heures à 80 heures. Même si on écarte les deux cas où les personnes n'ont déclaré que la durée du travail relative à l'un de leurs lieux d'exercice professionnel, ainsi que les deux cas de femmes salariées à temps partiel, la dispersion reste forte, puisque les durées vont de 35 à 80.

Passons rapidement sur les deux cas qui correspondent à deux femmes médecins salariées n'ayant pas – ou très peu – de contacts avec les patients, et qui développent une activité relativement routinière – contrôle de dossiers pour la DIM, analyses biologiques pour l'anatomo-pathologiste : ici les entretiens confirment simplement une forte régulation de leur temps de travail et une bonne effectivité de la règle formelle. Elles sont d'ailleurs toutes deux à « temps partiel » – notion qui n'aurait guère de sens sous statut libéral – et bénéficient d'un nombre de jours de congés sans commune mesure avec leurs collègues.

Tous les autres expliquent la difficulté ou l'impossibilité d'une mesure comptable de leurs temps de travail, même s'ils distinguent parfois ce qui est de l'ordre de la « règle », du « prescrit », du « programmé » – on retrouve ici un constat que nous avons fait à propos des temps déclarés par les infirmières – de tout ce qui relève du non mesurable : dépassements liés aux aléas en cours de soins ; formation continue et disponibilité aux urgences, à l'origine des temps de garde et d'astreinte, au statut également incertain ; variabilité et irrégularité des prestations ; poids des responsabilités qui vous poursuivent hors du lieu d'exercice.

Ce chirurgien libéral, spécialisé dans la chirurgie de la main, distingue nettement le mesurable – le réglé, le normal – du non mesurable : l'urgence.

« 40 heures... Ça c'est ce qui est prévu... Normalement, ce qu'on doit finir à 6 heures, on le finit à souvent à 9 heures ; mais ça, on ne peut pas le compter, ça n'existe pas... vous recevez une implantation de main, vous n'allez pas compter vos heures... ça dure entre 8 et 12 heures une implantation de main... » – « Ça, c'est le temps de travail réglé, et l'urgence, c'est pas mesurable... » (André, chirurgien, libéral, 55 ans, déclare 40 heures dans le questionnaire).

Pour celui-là, c'est le fait de devoir et de pouvoir « jongler » entre diverses activités afin de faire face aux urgences, ainsi que l'autonomie dans l'organisation de son temps de loisirs, qui sont mis en avant dans le fait qu'il ne « compte pas ».

« Moi je ne compte pas... je suis dans un cadre d'exercice qui est tout à fait particulier : j'ai une petite clientèle, parce que je suis dans une petite ville ; j'ai un tableau opératoire qui est très, très souple, qui me permet de jongler, de déplacer des interventions en fonction de ce que j'ai à faire ailleurs, en fonction de tel ou tel rendez-vous que j'ai en Allemagne ou je ne sais pas où pour un brevet ; et en même temps, je vis dans un coin absolument fabuleux et quand j'ai une heure, je vais faire un tour de vélo... Je suis incapable de quantifier les horaires de travail... Je suis tout le temps en alerte parce que je suis seul spécialiste dans l'est varois, et parce que je dois répondre instantanément aux besoins de Monaco parce que je suis le seul à faire de l'endovasculaire à ce niveau-là » (Paul, chirurgien, libéral, 52 ans, a déclaré 40 heures dans le questionnaire).

Celui-ci s'est calé sur la durée qu'il juge minimale, « effective », mais à laquelle il conviendrait d'ajouter le temps d'astreinte, qui est toutefois selon lui d'une nature différente ; ce qui justifie sans doute qu'il ne l'ajoute pas spontanément : être « scotché » à son domicile ce n'est pas travailler, mais...

« Moi, globalement, je compte 60 heures de travail effectif, mais vraiment effectif, hein, 60 heures c'est peut-être même un minimum : c'est-à-dire soit on opère, soit on consulte, soit on dicte des compte rendus. Par contre, au niveau de l'organisation pour les gardes, on a un service d'urgences, un UPATOU, donc on a des astreintes pour la clinique, nous sommes 2 dans ma spécialité dans la clinique, donc on s'entend parfaitement pour partager les astreintes, donc on est d'astreinte un jour sur deux, un WE sur deux, une nuit sur deux... Non, on est peu sollicités : exceptionnellement la nuit, de façon tout à fait irrégulière le WE, je pense que notre activité d'urgence doit représenter à peu près 10 % de notre activité réglée. Donc, si j'opère 600 patients, je dois opérer une soixantaine de patients en urgence... sur 180 jours d'astreinte... et ces patients-là peuvent être intégrés d'ailleurs en fonction des horaires dans notre programme opératoire habituel. Donc, le problème n'est pas le travail en astreinte, le problème c'est l'astreinte, qui par définition est très astreignante... puisque vous êtes scotchés... bon, vous n'êtes pas sur place, mais vous devez être joignable par téléphone immédiatement, ça c'est relativement facile, mais vous devez pouvoir vous déplacer assez rapidement quand même » (Eric, chirurgien libéral, 45 ans, a déclaré 65 heures dans le questionnaire).

Pour cet anesthésiste, c'est sa dépendance à l'égard des horaires du chirurgien, qui rend aléatoire la durée du travail.

« On vient tous les jours, sauf la semaine de repos, et puis c'est fluctuant en fonction des horaires du chirurgien : si le chirurgien dit je pars en Congrès, et bien ce jour-là vous ne travaillez pas ». – La semaine où on vous a interrogé, vous avez déclaré 8 h 30 – 11 h 30 – « Ce jour-là, peut-être ». Et vous déclarez 65 heures par semaine. – « C'est ça... c'est ça... oui... oui, ça fluctue en fonction de l'activité, en fonction de la charge de travail mais en gros c'est ça... Oui, ça fluctue, parce qu'il y a des jours où on va travailler 14 heures et d'autres où on va travailler que 7 heures... je me lève à 5 heures » (Bruno, anesthésiste, libéral, 50 ans : 65 heures déclarées).

Autre exemple d'un anesthésiste libéral, chez lequel la bonne volonté de mesurer la durée du travail en réponse aux consignes de l'enquêteur, butte sur les questions d'astreinte et de garde, ici dans deux lieux d'exercice différents.

« J'ai une vacation par semaine, donc je la fais avant ma garde, je viens à 16 heures, je fais ma vacation et puis j'embraye sur la garde...ben, il faut bien gagner votre vie le lendemain » – Elles ne sont pas toutes pareilles, vos semaines ? – *« Ben non, puisqu'on est deux ; donc vous devinez qu'il y en a un qui prend trois journées de garde dans la semaine, et l'autre deux...oui, l'astreinte...on est à domicile, mais coincé.. oui, voilà, on peut aller au cinéma, oui, ou au tennis...grâce au portable...quand on est de garde, on est aussi d'astreinte toute la nuit...Mais souvent, vous n'êtes pas tranquille...vous rentrez à la maison, s'il y a un malade qui truc, ou qu'il y a quelque chose qui vous embête, vous n'êtes pas déchargé de la responsabilité...intellectuelle surtout, et légale, quoi »* – Quand vous déclarez 51 heures de travail la semaine précédant l'enquête, qu'est-ce que vous comptez ? – *« Si vous prenez la première semaine...on était deux...il y a deux jours de 12 heures...non, on ne rentre pas chez nous, elles nous font un plateau repas les sœurs...donc c'est de 7 h/7h30 du matin à 19 ou 19 h.30 si on n'est pas appelé...donc, 24 heures, plus 6 heures les trois jours où on n'est pas de garde...donc 42 heures...il reste les samedi-dimanche: disons qu'on travaille, à peu près, le samedi matin 4 heures...46 heures : ça c'est la semaine où on a deux jours de garde...bon et il reste le dimanche, mais on ne le compte pas, hein. Et la semaine où on est de garde trois jours, ça fait 36 h + 12 heures = les 4 heures du samedi, ça fait 52 heures...Et je ne compte pas les nuits, le dimanche, l'urgence du dimanche, l'appendicite du dimanche, la fracture du poignet, ni la réanimation, les gardes à l'hôpital, où je fais 12 heures par semaine : de 16 heures jusqu'à 8 heures du matin »* (Cyril, anesthésiste, libéral, 47 ans, a déclaré 51 heures dans le questionnaire).

Cette femme anesthésiste hospitalière, par ailleurs en fin de carrière, semble avoir pris comme référence, pour sa réponse au questionnaire, les durées maximales rencontrées.

« La semaine prochaine par exemple, je vais commencer 8 jours d'astreintes, plus 8 jours normaux, c'est-à-dire que je travaillerai le samedi et le dimanche. Mais les greffes, on a fait 44 greffes du 1^{er} janvier au 30 juin, donc si vous voulez on a quand même de grandes chances d'en faire encore 40, ça fait forcément des week-ends qui vont être ambolisés, ça c'est sûr. Être d'astreinte, c'est se charger du service, et des malades opérés de la veille, de l'avant-veille, de la semaine : il y a 3 lits de surveillance continue, de réa, enfin, pas de réa mais de soins continus, il y a toutes les urgences, il y a tous les calculs fébriles, et Dieu sait qu'il y en a, puisqu'on monte des sondes au bloc, et le bloc est ouvert, enfin il est en astreinte aussi, mais on ouvre le bloc à la demande si vous voulez, on a une équipe de bloc d'astreinte et une infirmière anesthésiste, donc on peut ouvrir le bloc à toute heure du jour et de la nuit ; on peut reprendre un malade, bien entendu, aussi. Donc, tout ça, c'est sur les épaules à partir du vendredi soir jusqu'au lundi matin. Alors je ne sais plus quand est-ce que j'avais répondu, mais je me souviens que j'ai fait cinq greffes en un week-end de Pâques, donc j'ai fait 2 greffes le dimanche, 2 greffes le lundi, entre deux on monte une GJ pour un calcul fébrile ou un malade qui ne va pas bien, je fais les réas entre deux, et voilà...donc, faire 80 heures dans la semaine c'est pas difficile » (Anne, anesthésiste, hospitalière, 59 ans, a déclaré 80 heures dans le questionnaire).

Chez cette femme néphrologue en libéral, on voit combien les efforts pour se rapprocher d'une durée hebdomadaire de 40 heures sont associés à un souci de mesure plus précis que chez d'autres.

« Aujourd'hui, on arrive à avoir trois semaines de congés et une semaine de formation à peu près...Je travaille à peu près, en moyenne, entre 45 et 50 heures par semaine actuellement. J'ai diminué de façon très importante de façon à pouvoir souffler un peu et puis vivre à côté aussi ». – Vous aviez déclaré 50 heures : qu'est-ce que vous avez compté dedans ? – *« Le temps où je suis ici dans l'établissement »* – Et les astreintes ? – *« Ça, c'est en plus, mais là je ne le compte pas, hein, parce que bon, quand vous avez fini votre dernière virée à 23 heures avant de partir, et vous savez que vous allez revenir à 6 heures du matin ou que quelqu'un sera présent là à 6 heures du matin, on vous appelle,*

mais rarement...Mais si on nous appelle, on vient...Bon, maintenant, ça serait plutôt 45 heures par semaine...» – Vous feriez moins, si vous pouviez ? – « Non...mais 40 heures, moi j'estime que c'est bien : on ne peut pas faire moins, hein, faire moins c'est prendre quand même un associé, on ne peut pas » – Toutes vos semaines sont différentes ? – « oui, il n'y en jamais deux qui soient pareil..., la garde c'est du samedi 15 heures jusqu'au lundi matin 6 heures, c'est des gardes de WE. Et l'astreinte c'est de 23h30 à 6 heures du matin ; ce sont deux choses bien différentes » (Clara, néphrologue, libérale, 54 ans, a déclaré 50 heures dans le questionnaire).

Un temps non quantifiable, car peu maîtrisable et peu programmable

Finalement, on voit bien que c'est faire une certaine violence à la plupart ces médecins que de leur demander de déclarer une durée hebdomadaire de travail, même référée à une semaine précise en l'occurrence, « la semaine dernière » – question 67 « NBHEUR » dans le questionnaire. On doit y voir d'abord l'effet d'une difficulté objective à maîtriser ou à anticiper la durée de la plupart des tâches qui composent l'activité professionnelle. Et cette difficulté est d'autant plus accentuée que ces tâches sont diverses, exercées en de multiples lieux, s'étendent à des activités frontières – telles la formation, prise au sens large – et se traduisent par une mobilisation mentale subjective qui déborde l'espace temps professionnel *stricto sensu*.

La difficulté à maîtriser et à anticiper la durée des tâches médicales tient à leur nature même. Comme le dit ce chirurgien : « *vous recevez une implantation de main, vous n'allez pas compter vos heures* ». Il mobilise d'autres images évoquant le travail de l'artisan : « *Quand vous enfoncez un clou, s'il se tord, vous allez mettre 3 fois plus de temps pour l'enfoncer* » ; ou encore « *Un gars qui prend un chantier et qui doit livrer à telle date, s'il se dém...mal et s'il s'y est mal pris, il fait des heures supplémentaires, c'est pour sa pomme* ». Cela signifie, pour reprendre l'opposition formulée par E.P. THOMPSON entre « temps orienté par la tâche », et « tâche orientée par le temps », que pour ces médecins « la mesure du temps est ici orientée par la tâche »⁵, comme dans les sociétés traditionnelles pré-salariales, dans lesquelles le sens de la tâche s'impose plus nettement et la séparation est moins tranchée entre le travail et la vie.

On ajoutera que ce qui vaut pour toute activité de haut niveau d'expertise – dans laquelle la complexité et l'aléa rendent impossible une stricte prédétermination de leur durée – prend une connotation spécifique quand sont en jeu la santé et la vie humaine. La notion d' « urgence » est ici au cœur de l'expérience temporelle. Ce sont les médecins les plus soumis à la logique des soins d'urgence et les plus sujets à des gardes et/ou à des astreintes qui témoignent le plus de la difficulté à quantifier leur temps de travail. Ce temps est alors fluctuant, variable, selon des rythmes irréguliers, marqué par la disponibilité. Le temps d'astreinte est la figure même de cette disponibilité : être joignable à tout moment interdit certaines activités de loisirs et porte ombrage à d'autres. Cette situation d'attente et de disponibilité semble parfois plus difficile à vivre que celle de l'intervention elle-même, comme l'indique Eric : « *le problème n'est pas le travail en astreinte, le problème c'est l'astreinte, qui par définition est très astreignante...puisque vous êtes scotchés...bon, vous n'êtes pas sur place, mais vous devez être joignable par téléphone immédiatement, ça c'est relativement facile, mais vous devez pouvoir vous déplacer assez rapidement quand même* ».

La multiplicité des lieux d'exercice – qui concerne neuf des 17 interviewés –, souvent associée à une diversité de statut d'exercice, redouble les difficultés d'une comptabilisation – et, partant, d'une comparaison – des durées de travail. Nous avons rencontré un médecin psychiatre, Marie ayant quatre lieux différents d'exercice, trois sous statut salarié, un sous statut libéral. Dans le questionnaire, seule la durée hebdomadaire exercée sur le lieu de travail à propos duquel elle est interrogée est renseignée :

⁵ « Temps, travail et capitalisme industriel », *Libre*, 79-5, Payot, 1979.

elle apparaît comme « 10 heures »...alors que la réalité de la durée hebdomadaire moyenne cumulée peut être estimée à 45 heures environ. Autre exemple particulièrement éloquent, celui de Paul, qui cumule une activité de chirurgien vasculaire en clinique privée, en hôpital et parfois à l'étranger, avec une activité de développement se traduisant par des dépôts de brevets : les « 40 heures » déclarées dans le questionnaire sont à confronter à ce qu'il nous confie : « *moi, je ne compte pas* ». Dernier exemple, celui des chefs de services en CHU qui sont également des professeurs d'université et des chercheurs, comme Louis. Ses lieux d'activité sont multiples : le service hospitalier – où l'activité gestionnaire concurrence fortement l'activité clinique – l'amphithéâtre de la faculté, le laboratoire de recherche, et le bureau au domicile...Sans compter les lieux de colloque où les professeurs et autres chercheurs présentent leurs travaux.

Les activités liées à la formation professionnelle continue des médecins prennent de multiples formes, plus ou moins irrégulières, volontaires et non formelles, les rendant d'autant plus difficiles à évaluer en temps : suivi d'« EPU » – enseignements post universitaires, souvent financés par les laboratoires pharmaceutiques – clubs de spécialistes, sociétés savantes, congrès, colloques, conférences, lecture de revues scientifiques, recherches sur internet.

Dernière dimension des contraintes temporelles liées au travail, la plus impalpable et totalement rebelle à la mesure, celle des préoccupations liées aux responsabilités qui rendent peu ou pas disponible pour d'autres activités, bien formulée par Cyril, anesthésiste libéral : « *Mais souvent, vous n'êtes pas tranquille...vous rentrez à la maison, s'il y a un malade qui a un truc, ou qu'il y a quelque chose qui vous embête, vous n'êtes pas déchargé de la responsabilité...intellectuelle surtout, et légale, quoi* ». Si un rapport comptable au temps n'est pas possible, c'est qu'on demeure, le lieu de soin quitté, comptable de la vie d'autrui.

L'auto-régulation du temps de travail : entre auto-organisation collective et adaptation.

La régulation temporelle peut prendre deux directions : la limitation de la charge temporelle individuelle par l'auto-organisation collective, et l'adaptation individuelle aux contraintes temporelles du métier.

La limitation de la charge temporelle individuelle – marquée ici principalement par l'obligation de « continuité des soins », laquelle se traduit par des gardes, des astreintes, notamment lors des nuits, des week-ends et des congés, etc – passe toujours par l'instauration de modes de coopération, par la mise en place d'un collectif : association de praticiens, échange de gardes, etc...Selon la spécialité, c'est plus ou moins possible : les anesthésistes, plus liés à l'activité d'un établissement qu'à la logique de l'exercice libéral sur un « marché », y parviennent sans doute mieux et plus souvent que les chirurgiens. Il est moins évident pour eux de se faire remplacer par un collègue pour une opération. Outre leur degré souvent élevé de spécialisation, un patient peut avoir son mot à dire : « *il faut quand même penser au malade, c'est-à-dire qu'il faut laisser le choix au malade : c'est-à-dire que soit il préfère que ce soit moi vraiment qui l'opère, et à ce moment, on reporte, soit le type il veut être quand même opéré, ou parce que c'est plus urgent, et à ce moment-là je le confierais sans aucun problème à mon associé* ».

Il est manifeste, d'autre part, qu'en avançant en âge, la coopération et l'association constituent le recours le plus fréquent par lequel les médecins peuvent un peu « lever le pied ». Une autre façon de limiter la charge – peu représentée ici – est tout simplement d'opérer un arbitrage un peu différent de celui qui semble être la « norme » dans la profession entre disponibilité et revenu. Ces deux modalités se rejoignent souvent, car prendre un associé supplémentaire afin de bénéficier de plus de temps libre suppose généralement une diminution de revenu à court terme. Tel est le cas de cet anesthésiste de 48 ans, associé pour l'heure avec un seul autre collègue, mais qui s'apprête à accueillir un nouvel associé : « *et si on prend à trois, on choisit une diminution du revenu, mais on a quand même calculé, parce que la clinique vient d'acheter des lits, donc en achetant des lits on augmente notre capacité de*

travail, et à deux on est un peu dépassés, surtout celui qui est de garde : on fait 12 à 14 heures par jour, si tout se passe bien (...) Et donc, maintenant, avec le troisième, je pense qu'on va toujours rester deux au bloc opératoire, mais celui qui consultera, ça sera le troisième...sauf les vacances...Et on va prendre, comme tout le monde des vacances, quoi. C'est la seule solution qu'on ait pour y arriver...parce que moi, j'arrive, j'ai 48 ans ; mon collègue il a 50, donc ça y est, il faut réfléchir ».

Plus que le niveau du revenu – ou le « pouvoir d'achat » – ce que défendent avant tout les médecins est un rapport jugé comme « équitable » ou « normal » entre disponibilité temporelle et revenu : la durée des études, le temps de travail, la disponibilité nocturne ou de week-end, sont autant de composantes de cette disponibilité temporelle. Tous ont cette « norme » en tête et c'est d'ailleurs à travers elle qu'ils comparent entre eux leur condition. De ce point de vue, le contre exemple de Nadia, cette musicienne ayant fait le choix des études de médecine puis d'une pratique de la profession à temps partiel sur un mode instrumental, semble idéal typique : son arbitrage entre disponibilité temporelle et niveau de revenu se situe à un niveau très inférieur à la moyenne de la profession parce que l'activité qui la passionne et dans le cadre de laquelle elle n'a pas renoncé à une professionnalisation à terme n'est pas la médecine.

L'adaptation aux contraintes temporelles du métier – ou plutôt recherche de compromis permettant de les supporter – prend la forme par exemple du décrochage fréquent des femmes de médecin de leur vie professionnelle pour élever les enfants ; ou, par les femmes médecin, le choix de spécialités moins chronophages. L'organisation de la vie familiale et de la vie personnelle – ménager sa forme physique pour pouvoir opérer dans de bonnes conditions, ne pas recevoir d'amis ni boire en semaine, etc – en font également partie.

Seconde partie - Des « conditions de travail » aux « conditions d'exercice professionnel »

Dans cette seconde partie, on poursuit la réflexion, engagée à propos du seul thème de la durée et des temps de travail, concernant les conditions de travail prises dans leur ensemble. Quels sont les décalages les plus manifestes entre la problématique du questionnaire et le discours que nous tiennent les médecins en situation d'entretien ? Ces décalages sont très nets, et concernent aussi bien les libéraux que les salariés. C'est pourquoi nous les traitons ici ensemble, la partie suivante étant entièrement consacrée à la question du clivage selon le statut d'exercice.

Nous avons demandé à une dizaine des médecins de nous dire ce qu'ils entendaient par « conditions de travail », plus précisément ce qui était « important » à leurs yeux sur ce plan. Ce type de question entraîne une variété de réponses assez surprenante : en fait les médecins développent tout à coup un (ou des) thème(s) qui leur tien(nen)t à cœur mais qu'on n'aurait pas toujours retenus *a priori* comme items pertinents pour cerner la notion : le poids du « médico-légal » ; l'importance de l'équipe comme mode de régulation tant de la vie de travail que du rapport aux difficultés rencontrées avec les patients ; le rôle de frein joué par la Sécurité sociale à l'égard de l'innovation thérapeutique. On remarque également que les réponses se placent souvent à un certain niveau de généralité, à distance de la situation et de l'expérience personnelles : réponses impersonnelles, discours sur « ce qui ne va pas » dans la profession, discours par ailleurs le plus souvent très « normatif ».

Cependant, le revenu et « le temps de travail » restent au cœur de bon nombre de plaintes ; mais pas nécessairement le revenu en tant que reflet d'un pouvoir d'achat dégradé – comme l'exprimeraient les couches sociales au niveau de vie le plus modeste ; et pas forcément non plus le temps de travail – ou temps d'activité – comme privatif d'autres ouvertures temporelles ; non, il y a derrière tout ça, semble-t-il, l'expression de l'existence d'un rapport très intime entre la disponibilité temporelle et le revenu, rapport qui doit rester « juste » – c'est à dire jugé « normal ». Beaucoup constatent en effet la dégradation de ce rapport, ce qui oblige à faire plus d'actes, fait naître la tentation de les sélectionner – « *moi je ne veux plus travailler avec une maternité* » –, pousse à « industrialiser » ou en tout cas rationaliser la production de soins – tant de rendez-vous à l'heure, tant d'opérations par jour.

Après avoir montré comment quelques grands thèmes sont spontanément associés par les médecins à la notion de conditions de travail, on les reprendra et on les complétera avec d'autres dimensions qui apparaissent sensibles dans l'évaluation par les intéressés de leurs conditions d'exercice.

1- Les thèmes spontanément associés à la notion de « conditions de travail »

Les principaux thèmes auxquels est donc d'abord spontanément associée la notion de « conditions de travail » sont : la crainte du risque médico-légal ; les contraintes d'ordre économique venues de la Sécurité sociale, et l'inadaptation de la rémunération des actes ; la dégradation de la relation contribution/rétribution ; les possibilités de travail en groupe et de coopération dans le travail.

La crainte du risque médico-légal.

Thème très fort de récrimination des médecins, dont la force et le caractère systématique nous ont surpris, la crainte du risque médico-légal est associée par exemple par ce chirurgien à une dégradation multidimensionnelle de ses conditions d'exercice : relations avec la clinique où il travaille, avec la société d'assurance, et, plus crucial sans doute encore, avec les patients : quand le choix de la solution thérapeutique commence à renvoyer à d'autres logiques que celle d'une stricte efficacité médicale, c'est sans doute l'éthique professionnelle elle-même qui est à l'épreuve.

« C'est insupportable actuellement...le problème il est juridique...le problème c'est que mes associés, des jeunes, ont peur et qu'ils ne peuvent plus opérer librement : ils ne peuvent plus opérer qui ils veulent : on est obligés de pister à la consultation les gens qui vont nous faire des ennuis...même s'ils ont éventuellement besoin d'une intervention il faut savoir qu'il y a certains malades qu'il ne faut pas toucher. (...) Je dois opérer 20 à 30 malades par semaine...Mais j'ai un procès par an et ça va évoluer vers deux procès par an...Ça pourrit la relation médecin-malade ; ça pourrit aussi la relation avec la clinique, qui est intéressée dans le procès, qui vous piste un peu ; ça pourrit la relation avec l'assureur, qui est là à se demander si vous êtes un mec qui cherche des procès...et ça fausse l'indication médicale, en disant, on pourrait faire deux opérations, il y en a une qui est à risque, une qui n'est pas à risque, je vais faire celle qui n'est pas à risque, celle qui est à risque je ne peux pas me la permettre (...) ça prend une tournure qui ne me plaît pas du tout et je serais content d'arrêter à cause de ça...oui, avant on avait confiance dans les malades, maintenant on n'a plus tellement confiance » (André, chirurgien, libéral).

Les contraintes d'ordre économique venues de la Sécurité sociale, et l'inadaptation de la rémunération des actes

On retrouve dans la critique d'une vision comptable des contraintes économiques accrues qui encadrent l'activité médicale la marque d'une éthique professionnelle mise à mal : quand des économies de court terme sur la santé se traduisent par un risque de mortalité supérieur à ce qu'autorise l'état des savoirs et des techniques par exemple. Ce médecin parle alors de « rupture de contrat », celui qui lie le médecin à la société via la protection sociale, et qui soutient l'éthique professionnelle du corps.

« Moi ce que je fais m'intéresse, mais dans des conditions que maintenant je trouve lamentables : moi je pense qu'il y a rupture de contrat par rapport à ce que l'on a connu au départ. C'est-à-dire que ce qui est maintenant désespérant dans l'exercice de la médecine, c'est que c'est sous contraintes : sous contraintes économiques, puisque c'est l'économie qui gère la thérapeutique...c'est comme les défibrillateurs implantables, c'est complètement absurde, c'est pas remboursé, mais ça sauve juste la vie...Les endoprothèses aortiques, ça évite une semaine d'hospitalisation, ça évite aux gens de passer en réanimation, en gros tout compris dans les anévrismes d'aortes surrenales c'est un bénéfice sur la mortalité post-opératoire de 4 % ; mais c'est pas remboursé par la sécu. Autrement dit, quand vous êtes face à un malade, vous expliquez au malade ce qu'il a et les possibilités de traitement, mais dans votre tête vous vous dites 'et ben voilà, j'ai une solution idéale, parce que nous, avec les endoprothèses aortiques on a une mortalité inférieure à 1 %, j'ai une solution idéale, et puis il y a la solution remboursée par la sécu, elle fait 7 % de morts : comment vous exercez, comment vous pouvez exercer comme ça ? » (Paul, chirurgien, libéral).

La dégradation de la relation contribution/rétribution

La charge de travail est toujours fondamentalement relative aux formes de rétribution ou de reconnaissance matérielle et symbolique qui la sanctionnent.

C'est quoi alors, les conditions d'exercice...? – « Oui, enfin, c'est même pas les conditions de travail au sens...je suis capable d'être de 8 heures à minuit, etc...c'est pas le temps de travail...En première partie, c'est la pression qu'on nous met, les organismes de tutelle et les patients, la pression qu'on a maintenant ; et en plus de ça, le revenu, qui a chuté de manière extraordinaire...Oui, quand je me suis installé, je faisais moins d'interventions pour le même revenu ».

Elle l'est particulièrement selon la conception libérale – aux deux sens du terme, de la doctrine du libéralisme et du modèle libéral des professions si puissant chez les médecins, même salariés – selon laquelle la rémunération doit s'accroître avec la durée du travail.

Cette relation attendue entre contribution et rétribution est exprimée dans des termes directement économiques dans certains cas, comme celui de ce médecin au discours nettement « libéral », au double sens du terme (de la doctrine économique, des idéaux professionnels d'une profession « libérale » telle que la profession médicale) : le revenu se doit d'être directement proportionnel à la durée du travail, ce que la fiscalité vient contester.

« Si vous voulez, plus vous travaillez, plus les charges sont importantes, donc à un moment vous êtes obligés de vous freiner, vous vous dites que vous ne travaillez pas pour grand-chose parce que vous passez dans une tranche fiscale qui n'est plus intéressante, quoi ; vous êtes démotivé, vous ne pouvez plus être motivé : avant le libéral, plus on en faisait, plus on pouvait être motivé en se donnant à plein ; c'est une cause de démotivation le fait d'être souvent de garde, de donner à plein et d'avoir des charges sociales autant élevées ». – En fait, votre problème tient au rapport entre le revenu et le temps passé ? – « Voilà, entre votre bénéfice et le temps passé, qui des fois ne vaut pas le coup et qui fait hésiter beaucoup de gens du public à venir dans le privé ; et surtout parmi les jeunes » (Cyril, anesthésiste, libéral).

Ce discours général sur le sentiment de dégradation de la relation contribution/rétribution s'alimente de la non-revalorisation et du caractère jugé inadapté ou arbitraire de la cotation des divers actes que les médecins sont appelés à effectuer.

Il vous faut multiplier les actes pour... – *« pour obtenir le même revenu...en 1995, la consultation est passée à 150 francs, et elle est passée à 151 francs en mars 2003...pendant ce temps, lui le SMIC il augmentait de je ne sais pas combien de pour-cent, etc...nos actes, ils sont toujours bloqués depuis 95. Et puis, alors là je ne parle que de l'anesthésie, spécifique, on a des cotations...on parle beaucoup de la réforme de la nomenclature pour le paiement des actes : c'est vrai que c'est pas normal, il y a des interventions qui vont durer 4 heures où on gagne, je ne sais pas, moi, mettons 2 000 Frs, alors que peux faire 8 actes de coloscopies où je vais gagner beaucoup plus que ça, en quatre heures. Je ne dis pas que c'est l'acte de coloscopie qui est surpayé, je dis que cet acte là est payé à sa juste valeur, alors que l'autre ne l'est pas. Ce matin, j'ai endormi des enfants pour des amygdalectomies, c'est une des chirurgies les plus embêtantes qui puisse exister puisqu'il faut intuber l'enfant, etc...donc là c'est des gosses qui ont moins de 6 ans...pour 48 euros » (Bruno, anesthésiste, libéral).*

Cet autre chirurgien va même jusqu'à se comparer à un chef d'entreprise en proie à un marché incertain, peu visible, ce qui détermine des conditions d'exercice difficiles.

« Alors actuellement, c'est la grande pagaille, parce qu'on attend pas mal de...il y a la réforme du système de santé qui est en cours...il y a des éléments positifs, mais on ne sait pas précisément ce que ça va donner. Il y a en ce qui concerne les chirurgiens, la réforme de la cotation des actes, la CCAM, mais l'application semble se reculer de semestre en semestre ; j'ai récemment lu dans le « Quotidien du médecin » qu'elle était officieusement reculée de 6 mois, pour l'année prochaine... donc là on est dans l'incertitude complète sur nos modes d'exercice, sur la cotation de nos actes, donc on est dans le brouillard, là...En fait, comme un cabinet médical c'est une PME, on est dans le brouillard...Imaginez un industriel qui n'a aucune visibilité sur les marchés...En ce qui concerne la profession elle-même, je pense qu'elle est toujours aussi attractive, mais sur le plan technique ; enfin, il faut être passionné, quoi, il faut vouloir s'investir, parce que si vous n'êtes pas passionné par le sujet, à mon avis, il faut faire autre chose, parce que les conditions d'exercice...on ne peut même pas dire qu'elles soient difficiles...on est dans le brouillard... » (Eric, chirurgien libéral).

Les possibilités de travail en groupe et de coopération dans le travail

C'est à partir de ces dimensions majeures des conditions d'exercice professionnel que beaucoup mettent l'accent sur les marges de manœuvre permises par l'exercice en groupe, la qualité de l'équipe de travail, ou la multiplicité des lieux d'exercice. Les anesthésistes semblent les plus coutumiers de

ces modes d'organisation collective, qui ont selon Alain une triple vertu : limiter le stress en « sécurisant », améliorer l'efficacité du travail, et faciliter les remplacements en cas de fatigue excessive.

« Les conditions de travail...bon, le travail en groupe, c'est sécurisant, c'est la première chose à noter, parce que bon, s'il y a quelque chose, on est une structure pour réfléchir et pour résoudre un problème, donc c'est déjà un énorme avantage...moi, quand je suis parti, je ne serais pas allé m'installer à titre individuel comme beaucoup d'anesthésistes marseillais ; bon, j'avais l'habitude de travailler en groupe, je retrouve un groupe qui fonctionnait avec une dynamique qui était bien, quoi...du fait du groupe, on améliore aussi les choses, hein...du fait de l'incorporation de nouveaux individus...Ça c'est un facteur important de confort de travail, voilà...Au niveau de la pénibilité physique, ça nous permet, si on a des épuisements, si on est malades, si on a n'importe quoi, de s'auto-replacer nous-mêmes. Ça, je crois, vous pouvez les voir tous, ils vous diront la même chose, quoi...et en plus on fait un apport à d'autres structures extérieures, parce qu'ils savent que nous, on est organisés » (Alain, anesthésiste, libéral).

Quant à cette médecin psychiatre, on ne sera pas surpris si elle met l'accent plus que d'autres non seulement sur l'intérêt de la variété des activités exercées en divers lieux, mais sur la prise de distance ainsi permise eu égard aux conflits internes à chacune des institutions où elle travaille.

« Bon, j'adore mon métier, moi, et ce qui est très bien, c'est qu'il est varié et que je travaille avec des équipes différentes et donc ça permet de relativiser. Sinon, des problèmes il y en a partout ; mais ils prennent moins d'importance : le fait de ne pas être à plein temps dans une institution, c'est moins lourd, même si c'est plein de conflits ou si c'est pénible, non ça change les idées d'aller ailleurs. Et le cabinet tout seul, c'est aussi très fatigant, hein » – Des conflits, il y en a beaucoup ? – « Dans les institutions oui...à la Croix rouge, oui...non, c'est l'institution en elle-même qui est en conflit depuis des années, il y a un directeur qui a été mis dehors et qui est en conflit depuis des années avec tous les directeurs qui passent » (Marie, psychiatre, salariée et libérale).

Ne pas « débiter » des diagnostics en solitaire, avoir du temps pour échanger à ce propos avec les collègues – ce qui évite d'être poursuivie à son domicile par l'anxiété professionnelle –, bénéficier d'une bonne ambiance dans l'équipe, tels sont pour cette anatomo-pathologiste hospitalière les trois critères de « bonnes conditions de travail ».

« Je débite, j'ai pas le temps de lire les revues...c'est que du diagnostic et je n'ai pas le temps de prendre les retours, de voir si ce que j'ai fait c'est bien ça...c'est pas intéressant, ça...et ça c'est quand on est temps plein, seul...Pour la charge de travail, c'est pas adapté...quand on est deux, ça va...en fait c'est bien d'être deux, des fois on hésite et c'est bien d'avoir un autre coup d'œil qui nous dise qu'on a la même hésitation pour nous conforter dans notre truc...alors que si vous n'avez pas ce coup d'œil, et bien vous rentrez chez vous le soir avec les boules (...) vous parlez de mes conditions de travail : mon travail pour qu'il soit intéressant, il est intéressant quand j'ai du temps, et aussi parce que l'ambiance de l'équipe est sympa » (Elsa, anatomo-pathologiste, salariée hospitalière).

On le voit, ces quatre dimensions le plus souvent associées spontanément à la notion de conditions de travail ne sont pas, ou très peu – pour ce qui est des « tensions » ou des possibilités d'entre aide au sein du travail – appréhendées par le questionnaire de l'enquête de la Drees. On va voir maintenant, au travers d'une exploration plus systématique des entretiens, que même des dimensions *a priori* présentes dans le questionnaire – conditions physiques du travail, relations avec le public – sont approchées de manière très partielle par ce dernier.

2- La pénibilité physique, jamais isolée d'autres dimensions (âge, sens du travail...)

Ce sont surtout les anesthésistes qui parlent de leur fatigue, physique et nerveuse. Parfois même les chirurgiens portent un regard compatissant sur la situation de ces derniers. L'âge semble jouer beaucoup, évidemment. Les conditions temporelles du travail – traitées au chapitre précédent – participent également de l'usure physique et psychique éventuelle des médecins. On remarquera d'ailleurs, c'est un des résultats essentiels de la recherche, que quasiment tous les médecins de plus de 45 ans rencontrés, sans nécessairement évoquer cette fatigue – les hommes se plaignent par exemple moins souvent que les femmes – projettent de « lever le pied » d'une manière ou d'une autre. Il est vrai que la retraite ne leur est promise qu'à un âge supérieur à 65 ans.

Il y a une usure, un vieillissement dans ce métier ? – *« Comme dans tous les métiers, je pense (...) je n'ai plus envie de me lever la nuit, quoi, c'est sûr...j'ai plus envie, j'ai plus envie de passer des heures à attendre qu'une parturiente accouche, j'ai plus envie, ça, ça ne m'intéresse plus, c'est trop pénible »* (Bruno, anesthésiste, libéral, 50 ans).

Donc, sur une garde vous arrivez à dormir un peu? – *« Oui, 5 ou 6 heures...et puis si vous êtes réveillé à 3 heures du matin, c'est fini...mais c'est haché...le problème c'est que quoi que vous fassiez vous êtes fatigué...en plus là, ils vont passer la réa de 8 lits à 12 lits, donc ça va être assez dur là »* (Cyril, anesthésiste libéral, 47 ans).

« Peut-être que ça finit par user un peu, la disponibilité. Au départ, on...et puis avec l'âge, bon c'est pas encore mon cas, mais je vois les confrères anesthésistes qui ont 55 ans, ça devient physiquement un problème que de devoir assurer les gardes alors eux, en plus ils ont les gardes et ils ont les astreintes aussi, et des gardes dans lesquelles ils travaillent beaucoup. Alors même chose, il n'y a aucune réglementation pour l'instant, opposée aux médecins actuellement en France sur le temps de travail : un médecin anesthésiste peut prendre une garde de 24 heures, travailler toute la nuit, et il a quand même son programme opératoire le lendemain...je parle dans le privé » (Eric, chirurgien, libéral).

La pénibilité physique du travail n'est pas niée. Mais quand elle est abordée, elle n'est jamais isolée d'autres enjeux, voire relativisée. Alain insiste sur les progrès réalisés depuis les premiers pas de la spécialité anesthésique, Denis associe la « tension intellectuelle » à la pénibilité des longues stations debout en bloc.

« L'usure, c'est sûr que pour tout le monde, les gardes...oui, oui...Et puis maintenant, je mets mes lunettes en permanence, à foyers variables, mais je les ai en permanence...Oui, en matière de pénibilité, au bloc, il y a les gaz anesthésiques, avec certaines maladies professionnelles ; maintenant, c'est sûr qu'on travaille en circuit fermé, que les blocs sont ventilés...il y a énormément de progrès qui ont été faits...Non, personnellement je n'ai pas eu d'atteintes, mais j'ai eu des confrères qui ont fait des hépatites médicamenteuses, ça, ça existe, on le sait...Non moi, au point de vue santé, je touche du bois... » (Alain, anesthésiste réanimateur, libéral, 54 ans).

« Certains jours on est fatigué, oui...au bloc opératoire vous êtes debout toute la journée...à piétiner parfois, une tension intellectuelle, vous avez plein de choses à la fois, des malades un peu partout, en salle de réveil, en salle, il peut se passer des choses dans différents endroits... » (Denis, anesthésiste, libéral, 45 ans).

Mais les anesthésistes sont bien plus bavards quand il s'agit de parler du « stress » lié aux responsabilités spécifiques associées à leur activité que quand il s'agit de décrire les conditions physiques dans lesquelles ils exercent. Ils nous ont ainsi sensibilisé à la distinction majeure qu'ils

mettent en avant entre les deux faces de leur spécialité d'anesthésie réanimation : endormir un patient en bonne santé n'a pas du tout le même sens ni le même enjeu que de tenter de réanimer un patient dont les jours sont en danger.

Alain a pris une année sabbatique pour prendre un peu de distance par rapport à l'anesthésie.

En revanche, votre « break » n'est-il pas un signe d'usure psychique en quelque sorte? « *Oui, c'est sûr...par rapport à l'activité de réanimation, c'est sûr...et je crois que tous les réanimateurs, quand ils arrivent à un certain âge, ils ont tous des problèmes...enfin, j'en discute avec mes anciens associés, tout ça, eux aussi ils envisagent...mais ceux qui faisaient de la réanimation, c'est pour ça que je suis parti, ils voulaient pas se mettre à l'anesthésie, parce que l'anesthésie, c'est plus important comme stress, parce que vous prenez une personne qui vous parle et qui est en bonne santé, et vous la plongez dans le coma, donc s'il se passe quelque chose, c'est vous qui en êtes directement responsable...tandis que la réanimation, quand vous le faites, c'est l'inverse : on vous amène quelqu'un qui est en mauvais état, si vous l'en tirez, tant mieux...vous ne vous trouvez pas dans la même configuration psychique si vous voulez. Moi, je l'ai bien vu, j'ai fait les deux, quoi, et quand j'ai refait de l'anesthésie, je l'ai bien ressenti comme ça, voilà (...)* C'est une épée de Damoclès, qui peut arriver à n'importe lequel d'entre nous... et ça, quand vous poussez les drogues, et bien, vous y pensez, vous y êtes habitué, mais ça vous peut vous arriver, vous tomber dessus (...) On s'y habitue, c'est comme tout, hein...c'est comme un pilote d'avion, c'est pareil » (Alain, anesthésiste réanimateur, libéral, 54 ans).

Bruno a quasiment les mêmes mots pour décrire son expérience professionnelle.

« *Alors la réanimation, moi dans mon esprit, dans mon vécu, un patient qui rentre en réanimation, c'est un patient qui, s'il est pas en réanimation il est mort, donc, tout ce qu'on peut faire pour le sortir de là, c'est du bonus (...)* Donc, moi j'ai pris la réanimation comme ça, c'est-à-dire que je soignais les gens pour les soigner, mais j'étais pas vraiment...heuh, c'est moins stressant (...) Ça n'a pas la même importance que quand vous endormez une personne qui est en bonne santé, et puis s'il vous arrive un truc, qui vous...donc c'est beaucoup plus stressant l'anesthésie que la réanimation » (Bruno, anesthésiste, libéral, 50 ans).

Cette représentation d'un stress et d'un rapport au risque médical spécifique à la spécialité fait donc partie de la culture professionnelle. La spécialité serait même surexposée au risque de « maladies mentales ».

« *Il paraît que, mais je n'en ai pas confirmation, que c'est chez les anesthésistes qu'il y a le plus de maladies mentales. (...)* Je pense que c'est la pression...le burn out, c'est chez les anesthésistes qu'on le voit ; on sait qu'il y a un fort pourcentage de burn out de gens justement qui sont harcelés » (Anne, anesthésiste, hospitalière, 59 ans).

Autre spécialité qui peut être particulièrement éprouvante au plan psychique, la psychiatrie. Cette médecin psychiatre évoque le suicide de deux de ses patientes et les « années » qu'il lui a fallu pour « s'en remettre », ainsi que la peur qui la tenaille dans certaines situations de soins.

« *Ce que j'ai vécu de plus dur, c'est des suicides de jeunes, hein...un c'est sur, l'autre j'en sais rien si elle est tombée par la fenêtre ou si elle s'est suicidée, je ne le saurai jamais, mais c'est affreux...j'en ai connu deux, surtout qui m'ont...deux personnes qui n'étaient pas des schizophrènes, des gens qui auraient très bien pu vivre normalement...* » – Ca interroge sa spécialité, son savoir, non ? – « *Non, c'est exactement ce que vous vivez partout, c'est à dire que ça vous déconcerte complètement : c'est surprenant, c'est inattendu...Alors la première là, c'est une fille qui avait des tendances suicidaires, mais elle venait accompagnée, c'était à ma consultation d'étudiante ; et donc j'avais rendez-vous avec elle un mercredi, et il y a un médecin qui me téléphone à mon cabinet pour me dire 'votre patiente s'est tiré une balle dans la tête'...c'est épouvantable. Et l'autre c'est la maman qui m'a téléphoné pour me*

dire, elle s'est suicidée ou pas j'en sais rien, elle est tombée en tout cas par la fenêtre... » – Quand on apprend ça ? « c'est terrible...vous mettez plusieurs années à vous en remettre (...) la peur, je connais ...on se rend compte que beaucoup d'éducateurs n'ont pas peur tellement des malades mentaux, moi qui les soigne toute la journée, j'en ai peur, parce que je sais ce qui peut arriver, à un moment où vous ne vous y attendez pas du tout (...) » – Et on a des satisfactions, des réussites ? – « Oui, il y en a qui vont mieux, qui changent complètement...Et puis même, au niveau des enfants en général, c'est assez rapide...une année, quelques mois, des fois deux ou trois séances. Et puis après, les retours je les ai beaucoup par tous les médecins qui m'envoient les enfants, ou par les écoles...bon je sais que les gens ont été contents. (...) Bon ce qui est déprimant des fois c'est des dépressions récidivantes, où il n'y a aucune amélioration...je dirais à la limite, vous vous enfoncez avec le patient, vous vous dites 'qu'est-ce que je fais là ? » (Marie, psychiatre, 56 ans).

À l'opposé on trouve certaines spécialités nettement moins exposées à la souffrance des patients, telle la chirurgie orthopédique « froide ».

« En orthopédie on voit la souffrance, mais c'est une souffrance qui n'est pas grave on va dire...donc les gens ont mal, c'est vrai, mais comme quand vous vous cognez, vous avez mal, mais vous n'en faites pas un drame ; donc on n'a pas à gérer ce genre de problèmes par rapport à quelqu'un qui a vraiment une maladie grave » (Jean, chirurgien libéral, 50 ans).

3- La dégradation de la relation de confiance patients/médecin

Dans le questionnaire, une série d'items tentent d'aborder la relation aux patients : « annoncer une nouvelle difficile », « être confronté à des situations très pénibles » – avec ou sans le bénéfice de « consignes ou indications pour aider à y faire face » ; « vivre des moments très positifs » ; être exposé à un « risque d'agression verbale », « physique ou sexuelle » ; « modifications dans les relations avec le public depuis trois ans », aux plans du « nombre de personnes », du « nombre de contacts », du « nombre de personnes en grande difficulté sociale », d' « exigence du public »...Or il apparaît que c'est principalement sous les rubriques « exposition aux risques d'agression » et « exigence du public » que l'on puisse classer une partie pourtant considérable des discours recueillis à propos des conditions de travail : la dégradation de la relation de confiance que les patients entretiennent avec les médecins, et les préoccupations relatives à la judiciarisation de l'activité médicale qui en forment l'indicateur récurrent.

L'idée que ce qui est vécu comme agressif c'est moins l'insulte ou l'agression physique que le refus du risque médical de la part des patients ou des familles est exprimée très clairement par cet anesthésiste.

« L'agression...que nous on trouve agressive, c'est quand une maman dit : « qu'est-ce que mon enfant risque »...alors je lui dis « mais madame, les risques, les risques...n'importe quoi...»...voilà, les gens vous...ça, pour moi c'est une agression, c'est-à-dire que les gens n'ont plus conscience que tout ce qu'on fait en médecine, que ce soit le chirurgien, que ce soit l'anesthésiste, ou que ce soit même le médecin généraliste, tout ce qu'on fait est sujet à risques ; alors moi, ma phrase-clé maintenant, c'est de leur dire : madame, est-ce que vous avez peur de monter en voiture, ou monsieur est-ce que vous avez peur de monter en voiture...il me dit : ha non...et bien je dis et pourtant il y a plus de risque d'avoir un accident qu'en médecine...C'est ça qui est dur à supporter : c'est-à-dire que les gens prennent leur voiture, font n'importe quoi, ils sont capables de...et face à la médecine, face à leur propre ego physique, ils perdent les pédales...Et ça pour moi, c'est une agression » (Bruno, anesthésiste, libéral).

L'évocation de cette détérioration de la relation de confiance ne va jamais sans interprétations, dont on peut ici ou là trouver des traces de type « corporatiste » : la défense du corps va de pair avec la mise en accusation des « anciens » médecins qui ont « abusé », des pouvoirs publics, du déclin de la religion, des médias. Cette détérioration est d'autant plus mal vécue qu'il s'agit de « chirurgie de confort » – comme la chirurgie esthétique – et non d'intervention vitale. Toujours est-il que les patients n'accepteraient plus l'idée de la mort et de l'accident médical.

Vous constatez une évolution dans les relations avec les patients et les familles ? – *« Oui, elle est désastreuse...on est en train de...alors bon, là, j'accuse un peu les pouvoirs publics, hein...j'accuse les anciens, aussi, qui ont fait du clientélisme, qui ont laissé croire aux gens que la médecine était une science exacte et qui n'ont pas eu la décence de leur dire : « ce que je fais, je le fais, et je le fais bien parce que je sais le faire », etc...mais qui n'ont pas assez mis l'accent sur le fait que nous sommes des humains, et le patient et le médecin, qu'on peut des fois avoir des manques – sans commettre de faute professionnelle, mais des manques, des choses où on ne sait pas, des choses où on n'arrive pas à faire face, où la situation nous échappe, et. ; et les patients qui se croient maintenant – mais ça, c'est je pense le matraquage médiatique – l'être unique, universel, immortel, qui sont devenus des Dieux et qui n'acceptent plus la moindre chose...et donc pour nous, c'est difficile, c'est difficile : je préfère endormir quelqu'un qui est dans un état critique, qui a une péritonite, parce qu'il ne dira jamais rien, que d'endormir une dame qui veut se faire refaire des seins, quoi...c'est moins compliqué...bon, je ne sais pas si vous voyez ? Les rapports avec les patients sont devenus...c'est un dû, c'est à dire que maintenant, on leur doit des choses et ils ne prennent pas en considération que...on leur doit rien, quoi, on essaye de les soigner parce que c'est notre métier, c'est notre vocation, parce qu'on aime bien ça, etc., mais que c'est pas un dû...Et puis il y a un matraquage, depuis 1990 à peu près, il y a un matraquage contre le corps médical qui est honteux (...) il y a des abus...mais je pense que 90 % du corps médical est honnête et fait son métier par amour plus que par intérêt (...) Moi je vois l'évolution entre 75 et maintenant : avant, le médecin, il y avait une relation, justement cette relation de confiance (...) mais on n'a plus confiance pourquoi ? Ben, parce que par la médiatisation des faits divers en fait, ce ne sont pas des généralités »* (Bruno, anesthésiste, libéral).

« On est dans des relations de plus en plus difficiles, surtout avec les familles, parce qu'on a des gens qui ne sont pas du tout préparés à ça, quoi : autrefois, la religion vous rabâchait qu'on était mortels, qu'on était poussière et qu'on redeviendrait poussière, et maintenant vous voyez les gens, les enfants qui ne comprennent pas qu'on peut mourir, quoi » (Alain, anesthésiste, libéral).

Le discours général sur la « patientèle » se nuance parfois, comme au travers de cette catégorisation assez fine selon l'âge.

N'est-elle pas érodée aussi par une certaine érosion de la relation de confiance entre patients et médecin ? Il y a des signes ? – *« Alors là, il y a deux types de patients, et de familles aussi. Il y a des gens qui ont plus de 60 ans, par exemple ; les gens de plus de 60 ans, ils vous disent toujours : « docteur je vous fais confiance, vous m'expliquez tout ça, je n'y comprends pas grand-chose » ; bon, moi je leur dis, « je suis quand même dans l'obligation de vous expliquer, il faut que vous essayez de comprendre, de bien suivre, etc ». Mais dans l'ensemble ils vous laissent absolument libres après de poser les indications. Après, vous avez des gens qui ont entre 30 et 40 ans, qui eux sont prêts à tout discuter, pied à pied, il faut vraiment tout expliquer ; donc à ceux-là vous remettez des documents, vous leur dites de bien les lire, s'ils ont des questions à poser, de revenir et de les poser, etc ; ça vous prend quand même un temps fou. Et puis vous avez les très jeunes, enfin les moins de 30 ans disons, qui eux aussi, quand quelque chose ne fonctionne pas bien, pour eux, ça les perturbe, ça les laisse perplexes, donc ils demandent des explications, mais sans trop, parce qu'ils veulent encore avoir l'illusion qu'ils sont en bonne santé ou qu'ils vont pouvoir surmonter le problème : et donc là, il faut être assez psychologue, disons, diplomate, et voir un petit peu ce qu'ils sont capables d'entendre et ce qu'il va falloir reprendre sous d'autres formes »* (Clara, néphrologue, libérale).

Ou encore, de manière encore plus nettement « sociologique », la question de « l'agressivité du public » est nuancée selon la taille de la ville et la composition de sa population. Cette néphrologue mobilise ainsi, dans son interprétation, son expérience professionnelle personnelle dans des lieux tantôt ruraux, tantôt urbains⁶.

Est-ce que vous avez vu une évolution dans l'agressivité des publics ? – « *Disons que sur une grande ville, sur une ville du type de Montpellier, les gens sont beaucoup plus agressifs ; j'ai travaillé à Albi, j'ai travaillé à Tarbes, dans des petites villes, et la mentalité des gens n'est pas du tout la même ; donc il reste un respect vis-à-vis du médecin, et vis-à-vis peut-être de l'ordre établi, des choses comme ça ; en fait, les sociétés de ces petites villes restent assez respectueuses et du médecin, et de l'enseignant, et de l'avocat, voilà...ça s'effrite peut-être mais c'est quand même différent. Mais sur des villes comme Montpellier, ou même comme Béziers qui est une ville relativement ouvrière, avec un hôpital qui est dans une cité HLM assez difficile, alors là, là vous pouvez avoir droit à tout et à n'importe quoi* ». – Par exemple ? – « *Vous vous faites insulter régulièrement, en faisant la visite, bon, vous vous faites traiter de tous les noms d'oiseau qui passent, vous vous faites jeter les plateaux de nourriture à la figure, ou vous vous faites démolir votre ordinateur...oui, j'ai eu un malade dans le bureau, là, qui s'en est pris violemment au matériel qu'il avait devant lui...Et puis, certaines, bon c'est pas moi qui l'ai vécu là, mais certains infirmiers et infirmières se sont fait physiquement agresser...coups de poing dans la figure, tentative de strangulation, etc.* » (Clara, néphrologue, libérale).

Un événement particulièrement grave ou traumatisant peut être mobilisé par le médecin pour illustrer l'agressivité des patients, associée à leur manque de confiance. Ainsi cette anesthésiste hospitalière en fin de carrière – à l'instar d'un autre anesthésiste, libéral cette fois – nous parle-t-elle très longuement de sa confrontation avec un refus de transfusion de la part « de témoins de Jehovah ». Il est vrai qu'elle débutait dans le métier et qu'elle se trouvait seule pour décider de la conduite à suivre.

« *L'agression des témoins de Jehovah, qui m'ont littéralement agressée, verbalement bien entendu, et le mari qui disait « laissez-la mourir, laissez la mourir », et j'étais folle de rage. (...) Pour moi ça a été une très grave agression, parce que : pas de directive, moi jeune, personne à qui référer, et puis une obligation de prendre des responsabilités, responsabilités qui pouvaient très bien me retomber sur la tête. Voilà, ça c'est agressions ; alors maintenant, agressions beaucoup plus subtiles de gens où on se sent un peu toujours mise en cause. « Est-ce que vous vous lavez bien les mains ? Est-ce ce que vous avez le bon diplôme ? Qu'est-ce que vous allez faire » etc...Et moi, je réponds en faisant...Ma défense, c'est de faire signer des papiers, qui ne servent à rien, je le sais, je sais bien que ça ne me dédouane pas...Ma défense, c'est l'information, et mon information, elle est pas proportionnelle, hélas, et là je sais que c'est pas bien mais je peux pas m'en empêcher, c'est que mon information, elle est proportionnelle à ce que les gens peuvent absorber en toute bonne foi (...) C'est ce manque de confiance qui me tue. Je leur dis toujours : « prenez autant soin de votre santé que moi je vais prendre de la vôtre et, croyez-moi, vous serez en bonne santé ». Quand vous avez des fumeurs qui vous disent « ha oui, mais docteur... » hein, je leur dis « Et quand vous fumez votre cigarette, vous avez l'illusion de prendre soin de vous ? » Alors moi, je prendrai soin de vous ». « Voilà l'agression, c'est ce manque de confiance » (Anne, anesthésiste, hospitalière).*

⁶ On notera au passage que pour les médecins ayant connu un changement de lieu d'exercice, associé à un changement du type de patients au cours des trois dernières années, les réponses à la question relative aux « modifications des relations avec le public depuis trois ans » doivent être interprétées avec la plus grande prudence.

4- Une judiciarisation envahissante

La peur du risque de procès est l'un des thèmes sur lequel les médecins rencontrés sont les plus bavards. Cette peur contraste avec le faible nombre de procès concrets qu'ils ont connus, en fait. Nous y voyons l'indice d'une perte de confiance du public dans leur profession. Leur image, leur pouvoir et, très directement – compte tenu du coût croissant des assurances RCP (responsabilité civile professionnelle) – leurs revenus, en sont affectés.

La critique de cette judiciarisation prend parfois des formes radicales. Elle apparaît ainsi à certains égards comme le signe même de la dégradation du statut social du médecin, dont la meilleure illustration se trouverait dans l'absence – sur laquelle on reviendra – de désir chez les enfants d'emprunter la voie professionnelle paternelle.

« On dérape vraiment vers une médecine juridique...je suis très heureux que mes enfants ne fassent pas médecine ; non, mais ça va être une horreur : trouver aujourd'hui un gars qui veut faire chirurgie, vous aurez du mal, hein » (André, chirurgien, libéral).

D'autres insistent sur les conséquences financières de la judiciarisation, avec la progression du coût des assurances professionnelles.

« Il y a le poids médico-légal : quand vous rentrez le matin...on arrive le matin au bloc opératoire et on se dit : « c'est lequel de ces patients qui va nous intenter un procès (...) Alors nous, c'est simple, quand on est cités dans une procédure, c'est 20 % d'augmentation. Moi j'ai été cité dans trois procédures, donc ça fait trois fois 20 % d'augmentation de l'assurance responsabilité civile » (Paul, chirurgien, libéral).

Elle n'est *« pas ressentie de manière très forte quand même parce que bon, heureusement je ne croule pas sous les procès quand même, mais, il y en a plus qu'avant. Moins d'un procès par an ; la clinique en a plus. Mais les primes de RCP augmentent...Il y a 14 ans, quand je me suis installé, je payais 7 000 F par an, on en est à 55 000...Le K, lui, n'a pas bougé...ça n'ira qu'en augmentant, si les juges ne mettent pas un frein » (Jean, chirurgien, libéral).*

Selon le type d'acte, l'exposition au risque juridique semble différenciée : comme l'explique cet anesthésiste, les « grosses interventions » à caractère vital en suscitent moins que les interventions plus légères.

Vous en avez, des procès ? – *« On en a deux par an, maximum, à quatre...Souvent c'est d'abord la clinique qui est attaquée...C'est des infections nosocomiales, c'est des choses comme ça, donc »* – Comment se fait le partage de responsabilités avec la clinique ? – *« S'il y a une faute professionnelle, ou sans faute professionnelle s'il y a accident dû au praticien, et bien d'abord la clinique va se retourner contre le praticien, ou c'est le praticien qui va directement être attaqué ; s'il n'y a pas de faute du praticien mais qu'il y a infection nosocomiale ou que le patient s'est cassé la figure du brancard où...etc., ça c'est la clinique...Mais sur les grosses interventions, c'est rare...quelqu'un qui vient se faire mettre trois stents parce qu'il est en train de faire un infarctus, s'il meurt, il meurt, on a rarement attaqué le cardiologue qui n'est pas arrivé à mettre le stent quoi...je veux dire, vous savez, quelqu'un qui est en péritonite, qu'on lui ouvre le ventre et puis qui meurt parce qu'il était en machin, c'est rare qu'on vienne nous embêter là-dessus, quoi ; alors que pour une prothèse du sein...c'est plus dans la chirurgie, disons, dite de confort...c'est plus pour des dents de sagesse ou pour des machins comme ça... » (Bruno, anesthésiste libéral).*

Avec le type d'acte réalisé, le contexte d'exercice médical – libéral ou salarié – semble différencier quelque peu la réalité et la sensibilité au risque juridique. Dans une clinique, le chirurgien ou

l'anesthésiste sont en première ligne : la « chaîne hiérarchique » est très courte. Le contexte de l'hôpital, ou celui de l'armée – qu'a connu un des anesthésistes aujourd'hui libéral – favorise au contraire une certaine « dilution » de la responsabilité individuelle du médecin, ce que ne permet guère le contexte libéral.

« Alors dans l'hôpital, c'est un cadre juridique où effectivement tout le monde est lié puisqu'il y a des liens de subordination entre les gens ; mais dans le privé, il n'y a pas de lien de subordination, il y a la structure administrative hospitalière qui emploie des gens, mais les médecins, ils travaillent sous leur nom propre, avec leur responsabilité propre, sans être subordonnés aux autres. La notion d'équipe, c'est une notion qu'on constitue, mais qui n'est juridiquement pas existante » (Alain, anesthésiste libéral).

« À l'armée, la responsabilité était plutôt partante sur un échelon administratif on va dire. C'était une responsabilité administrative dans laquelle la responsabilité du praticien se diluait un petit peu...sauf faute détachable du service, c'est-à-dire erreur manifeste, malveillance...ce qui arrive rarement, en fait, moi personnellement je n'y ai jamais été confronté, mais ça peut arriver, hein, c'est pas parce que vous fonctionnez dans un hôpital public que vous êtes dépersonnalisé non plus » (Denis, anesthésiste, libéral).

« Des procès ? Moi j'en n'ai jamais eu...j'en ai une qui m'em...depuis deux ans avec sa dent cassée, mais c'est tout ; parce qu'elle voulait un appareil complet alors on lui avait accordé la dent, le contentieux lui avait accordé la dent, mais malheureusement elle a refusé la dent parce que le dentiste lui a dit qu'une dent ça ne suffisait pas, alors elle a voulu tout le dentier, du coup elle n'a plus rien du tout ; alors là je me suis fâchée, j'ai écrit, un a fait faire une expertise...enfin, c'est pas moi qui suis en cause, c'est l'hôpital, mais enfin je pense qu'elle n'aura rien du tout, tant pis pour elle, elle a été trop gourmande avec sa dent » (Anne, anesthésiste, hospitalière).

Comment réagissent les médecins face à l'accroissement des risques juridiques et de leurs implications financières ? En essayant de mieux informer les patients – ils y sont incités ; et en se posant la question du choix des actes, choix qui est, de fait, celui d'une sélection de la « patientèle ».

L'amélioration de l'information des patients ne fait pas l'unanimité. Certains l'acceptent volontiers.

« C'est une menace constante, on le voit dans notre entourage ; personnellement je n'ai pas été tellement confronté...j'ai eu une fois à faire face à des experts, et tout ça, mais bon, ça s'est bien passé, c'était une personne qui ne comprenait pas ce qu'on lui avait fait, ce qu'on lui avait dit, mais bon je vois autour de moi, des confrères qui sont confrontés à des expertises, à des procès et des enquêtes, pour des trucs qui ne devraient même pas être recevables, voilà (...) Souvent, c'est souvent du manque de communication avec des gens, c'est sûr ; parce que comme on est très pris, on passe des fois pas assez de temps à leur expliquer, surtout certains n'ont pas l'habitude d'expliquer aux personnes ; c'est vrai qu'il y en a qui sont plus confrontés parce qu'ils ne prennent pas le temps d'expliquer. Oui, moi par contre je passe beaucoup de temps, et puis bon, souvent les gens reviennent, surtout après les décès, ils redemandent rendez-vous pour qu'on leur ré-explique à nouveau comment ça s'est passé...alors, chaque fois il y en a qui le ressentent comme une menace voilée, en se disant, bon, si je ne donne pas la bonne réponse, ils vont porter plainte et déclencher une enquête. Mais souvent, c'est les gens au départ qui veulent avoir des explications qui soient cohérentes et rationnelles » (Alain, anesthésiste libéral).

« C'est pas évident...moi, je pense...je parle beaucoup aux patients, mais parfois trop ; des fois j'explique trop aux patients ce qui risque de lui arriver sur un traitement où il y a des effets secondaires connus, j'essaye de le prévenir ; il y a des gens qui sont contents, et il y a des gens si on les prévient ça les stresse, et ils vont forcément faire quelque chose, même si ça n'est pas ce que je leur ai dit...il faut apprendre aussi à connaître les gens, à sentir...mais je pense que quand on explique

bien...je préviens toujours des signes au regard de mauvaises évolutions ; quand je vois quelqu'un avec un abcès, je vais bien lui expliquer que si au bout de deux ou trois jours ça ne passe pas, qu'il me rappelle, et que je le revoie ; je pense que si le patient est prévenu de comment ça peut arriver, au lieu de s'inquiéter tout seul, il va d'abord vous rappeler : donc déjà ne pas laisser les gens se débrouiller tout seul, leur expliquer dans le pire des cas ce qu'il peut arriver, et puis leur dire qu'on est là. Ça m'arrive de leur dire que je peux me tromper » (Joël, généraliste libéral).

D'autres dénoncent les effets pervers de l'incitation à informer les patients des risques qu'ils encourent.

« Actuellement, il y a beaucoup de plaintes pour défaut d'information ou des trucs comme ça...Il faut être raisonnable : actuellement, est-ce que vous avez une personne qui ne connaisse pas les problèmes de chirurgie esthétique, ou les infections nosocomiales : il ne se passe pas une semaine sans que des articles dans les journaux ou des émissions à la télévision...alors il ne faut pas dire des bêtises, c'est-à-dire que les juges ne peuvent pas dire que les gens n'étaient pas informés, c'est pas vrai, c'est faux...Les avocats s'engouffrent dans ce truc-là, ils gagnent des sous avec...Le paradoxe c'est qu'actuellement on vous demande, enfin c'est conseillé c'est pas obligé, de faire signer des papiers au malade en disant 'voilà, je vous opère d'un prothèse, mais vous risquez de mourir d'embolie pulmonaire, vous risquez une hémorragie...' ; bon, sur le fond je pense que c'est complètement crétin » (Jean, chirurgien, libéral).

Autre tentation, ou autre pratique face à la judiciarisation de l'activité médicale, la sélection des actes, qui est de fait associée à une sélection du type de patient : les patients jugés « à risques » sont alors dissuadés de se faire opérer en clinique privée et sont orientés vers les CHU. Si on en croit les anesthésistes rencontrés, les pratiques en ce domaine varieraient sensiblement entre anesthésistes et chirurgiens, ces derniers étant plus enclins à prendre des risques, les premiers privilégiant la sécurité, et par voie de conséquence la réputation et donc le niveau d'activité à long terme de l'établissement.

« Sélectionner les patients ? et pourquoi pas les praticiens ?...comme vous y allez...si on commence à sélectionner quelque part, on ne sait pas où on s'arrête, hein...quand vous avez eu un malus une fois, vous vous demandez si on va continuer à vous assurer...Non, mais tout ça ça fait partie des motifs de discorde qu'on a régulièrement avec les chirurgiens ; je crois qu'en activité libérale, vous avez une obligation d'excellence, et vous ne pouvez pas vous permettre non seulement la médiocrité, mais vous ne pouvez pas vous permettre d'avoir un pépin...ce qui veut dire qu'un patient qui vous paraît un petit peu limite, moi je n'hésite pas à le renvoyer sur une structure qui me paraît plus adaptée si je pense qu'on ne répond pas à sa demande...et en plus, je n'irai pas me forcer pour 4 euros, vous voyez, alors là sûrement pas....oui, ça peut exister, ça ; mais ça n'est pas de la sélection, mais c'est de la pratique raisonnablement réfléchi...Voilà, juste avant de vous accepter, là, dans les patients que j'ai vus cet après-midi, il y a un patient à qui j'ai dit 'je ne suis pas sûr – bon, après ça demande aussi une confirmation sur la base d'un certain nombre d'examens paracliniques – mais en expliquant les choses, en disant 'si vraiment votre état de santé avec ce qu'on veut vous proposer est comme je le crois, je ne vous endormirais pas ici : il le sait déjà, j'ai même pas les résultats, mais il s'y attend. Et si les résultats lui sont défavorables, je ne vois pas pourquoi j'irais le mettre en danger et me mettre en insécurité professionnelle, pour gagner 3 F 50...' » (Denis, anesthésiste libéral).

De ce point de vue le type de contrat qui relie le praticien à la clinique peut jouer sur la capacité de négociation entre anesthésistes et chirurgiens : bénéficier d'un « contrat d'exclusivité » donne une position plus forte qu'un simple « contrat d'exercice », plus facile à rompre pour l'employeur, on y reviendra.

« Alors, moi qui n'ai pas eu de sinistres...non, je n'ai pas de procès, donc je n'ai pas été augmenté...Pourquoi? Parce que je fais toujours très attention...D'abord, vous savez, il faut savoir dire non au chirurgien, dire 'c'est pas un malade pour notre clinique, c'est pas un malade pour nous,

c'est un malade de CHU' » – Ca vous arrive ? – « Pas trop, mais on leur met la pression ; il ne faut pas hésiter à leur rentrer dans le chou ; parce que moi, je m'en fous, j'ai un contrat d'exclusivité, donc s'ils ne sont pas contents...Souvent, il y a des rapports de force, où les mecs ils ont des contrats d'exercice, s'ils ne veulent pas admettre les chirurgiens...parce que vous, vous avez 25 malades à endormir, mais le chirurgien, il en a peut-être deux dans la semaine, donc vous lui enlevez le pain de la bouche, et pour lui, le patient c'est quand même de l'argent : le secteur 2 ça a complètement tout biaisé, quoi ; je veux dire, si vous enlevez un patient, une prothèse de genou, le chirurgien qui prend 15 000 F, si vous lui enlevez ça, dans la semaine, vous lui enlevez la moitié de son salaire ; donc il va vous tuer, quoi...c'est complètement biaisé...Tandis que moi, j'ai 25 malades, donc j'en enlève un, je m'en fous...quand j'enlève mes charges sociales sur ce malade, j'ai plus rien, quoi » – Ça veut dire qu'un chirurgien pourrait être tenté de prendre plus de risques ? – « Bien sûr, c'est toute la journée qu'on se prend la tête...c'est nous qui sommes un peu les gendarmes : ça a complètement changé, les anesthésistes sont devenus les gendarmes » – Avoir un cabinet de ville, ça n'a aucun intérêt pour un anesthésiste? « Non, non, on consulte ici, il faut rester...si vous voulez, le choix c'est qu'il ne faut pas aller travailler dans plusieurs établissements ; parce qu'il y en a, vous travaillez à droite, à gauche, ils s'en foutent : c'est pour du blé, ça, ils viennent travailler 24 heures, ils vont prendre 5 000 ; ils vont travailler ailleurs, ils vont prendre 5 000...le suivi, le machin, le truc, ils le font n'importe comment et les accidents arrivent comme ça. Donc ça, c'est très mauvais. Nous, on est là ; si demain il y a un accident ici, toute la ville va le savoir ; s'il y a procès, tout ça, nous ça va nous faire perdre notre temps : donc il faut toujours être vigilants » (Cyril, anesthésiste, libéral).

Quant à cette femme néphrologue, elle suggère que la « prise de risques » excessifs est plutôt le fait de ses collègues masculins.

Et les primes d'assurances, pour vous ? Elles sont aussi en hausse ? – « Oui, bien sûr, mais pas trop pour nous. Bon, on nous rogne les ailes de plus en plus. Alors ça dépend du type d'activité que l'on veut faire : si l'on prend des actes à risque, c'est sûr, on voit tout à fait la prime qui augmente ; et puis si on dit à l'assureur : non, on fera des actes qui seront tous inférieurs à K30, ça va, c'est des actes sans trop de risque, à ce moment là...Oui, ça incite quand même à une sélection des actes que vous voulez...Moi, je sais que pour certains types de traitements, je ne prends pas le patient en charge, je lui dis non ; je lui dis, je vais vous envoyer sur le CHU, soit chez d'autres confrères qui s'occupent de tel et tel type de techniques, voilà, mais moi je ne le ferai pas, je ne le fais pas. Pas parce que je n'ai jamais su le faire, mais parce que je ne veux plus le faire » – Vos collègues ont les mêmes stratégies ? « Alors, il y a en a deux sur le groupe qui ne le font pas, mais ma consœur, on a la même attitude toutes les deux. Mais c'est peut-être aussi lié au fait que nous sommes des femmes et que nous avons un mode d'exercice qui diffère un petit peu de celui de ces messieurs...c'est tout à fait possible...ils ont davantage le goût du risque, ça c'est certain, voilà » (Clara, néphrologue libérale).

5- Une « patientèle » abusant de la « médecine gratuite » ?

La dégradation de la qualité de la relation patients/malades est souvent associée au développement d'attitudes consuméristes et/ou assistées, liées à la gratuité des soins.

« Moi je travaille en secteur II avec le dépassement d'honoraires et je trouve que la santé complètement gratuite c'est pas une solution saine » (André, chirurgien, libéral).

Ce thème est directement associé par ce chirurgien au thème précédent : celui du risque juridique. La gratuité des soins pousserait à une dévalorisation-banalisation de la médecine, et la « patientèle » la plus assistée – les « CMU » –, encouragée par des avocats peu scrupuleux, abuserait du recours juridique.

« Moi je suis d'une religion protestante, où on est un petit peu étroit, et je veux dire, moi à la maison on ne jette pas le pain, mais comme je dis toujours : le jour où la baguette est gratuite, on finit un jour où l'autre par jeter le pain, quoi. Et la santé gratuite, il y a des problèmes, quoi. Moi, je n'ai que des ennuis avec les CMU actuellement ; pourtant je trouve que c'est bien d'avoir la CMU, c'est une bonne chose... – Quel genre d'ennuis ? – Ben, par exemple, ils viennent en consultation et puis ils vous reprennent une consultation le lendemain parce qu'ils ont oublié de vous poser une question toute bête...ou alors...des trucs idiots, quoi...ça n'a aucune valeur, la médecine n'a plus aucune valeur...nonobstant que l'on a des ennuis avec les CMU du fait qu'ils ont l'assistance juridictionnelle gratuite et que comme ce sont des gens qui sont très limite sur le plan financier et qu'ils ont des difficultés à vivre, ce que je comprends, ils sont la proie d'un certain nombre d'avocats qui leurs disent : de toutes façons ça ne vous coûtera rien, on va essayer de vous tirer trois sous...donc, on a plus de procès avec les CMU qu'avec la population normale. Parce que, comme là aussi la baguette est gratuite hein...et j'ai même rencontré des anciens copains de l'hôpital qui se trouvent maintenant confrontés à des procès, ce qui n'était pas le cas il y a quelques années, et qui me disent : je ne comprends pas, comment ça se fait...je leur dis, moi je sais pourquoi : c'est parce que c'est des CMU, et que des CMU ça ne leur coûte rien, et puis qu'il y a des avocats marrons qui se font un petit peu la spécialité d'aller gratter les CMU en leur disant : vous ne voulez pas que je vous trouve trois billes là ? Le mec qui n'a pas un rond, on lui propose trois billes, c'est normal qu'il dise oui...c'est une catastrophe...C'est dommage parce qu'on en arrive à nous dire...nos assureurs, parce qu'il y a le problème de l'assurance maintenant, nous disent bon, d'accord, vous ne pouvez pas arrêter de soigner les CMU mais n'en prenez pas trop parce que sur le plan assurance c'est eux qui nous coûtent le plus cher...bon, on n'est pas obligés de les suivre mais nos assureurs nous disent...on a vraiment de gros soucis côté assurance » (André, chirurgien libéral).

De même cette néphrologue associe la montée des risques juridiques à la croissance du public dit « en grande difficulté sociale », selon la formule utilisée par le questionnaire Drees.

Pensez-vous qu'il y ait plus de gens en difficultés sociales parmi vos patients ? – « Oui, oui. Nous avons des gens qui sont soit bénéficiaires de la CMU, actuellement il y en a beaucoup ; il y a beaucoup de gens qui sont en chômage longue durée, ou qui n'ont pas d'activité du tout et qui vivent des situations difficiles quand même ; il y en a beaucoup plus que par le passé. Par le passé vous aviez...enfin, je ne sais pas à quoi c'est lié tellement...certainement à la situation économique actuelle, enfin des 10 dernières années tout au moins, mais par le passé il y avait aussi un filtre qui était très actif et qui a été totalement désactivé et qui était le médecin de famille quand même ; nous avons beaucoup de gens qui arrivent spontanément, sans être passés par le médecin de famille, donc sans avoir eu d'explication préalable ou d'orientation préalable... » – Ils viennent après avoir fait un auto-diagnostic ? – « Voilà, Oui, oui, il y a suffisamment d'émissions télévisées actuellement, bon alors oui, ils font leur auto-diagnostic ou ils se disent : bon, je dois avoir un problème...vous savez, vous en avez qui arrivent, ils ont une douleur dans le dos – c'est un cas typique, ça – ils pensent que ce sont les reins qui leurs font mal, ils viennent voir le néphrologue...donc on les reçoit parce que, bon, la secrétaire elle ne fait pas le diagnostic, elle a pris le rendez-vous, elle reçoit ces personnes, on les interroge, on les voit, on les examine, et ils n'ont vraiment rien de rénal, ils n'ont aucune pathologie rénale, ils ont une douleur dans le dos. Alors il faut leur dire qu'il faudrait qu'ils fassent quand même un bon cliché radiologique, qu'avec ça ils aillent voir leur médecin de famille ; et là ils vous disent : ha oui, je n'en ai pas, je n'y tiens pas, et patati et patata, ou je me suis fâché avec » (Clara, néphrologue).

Le thème de la gratuité des soins et de ses effets pervers peut enfin apparaître à propos de la question du déficit de la Sécurité sociale et donc des implications de cette situation sur le développement du contrôle économique de l'activité médicale, quitte à s'interroger sur la responsabilité du corps médical, ou du moins des anciens médecins, dans cette situation. Tel est le point de vue de ce jeune généraliste.

« Je pense qu'on a beaucoup de choses à se reprocher, hein. Je suis jeune...moi je trouve que les abus n'ont pas forcément fait des bonnes choses ; je pense que si les médecins avaient été plus responsables par rapport à la médecine santé publique, peut-être que la sécu n'aurait pas de trou comme elle l'a aujourd'hui ; je pense qu'on a trop habitué les gens à ce que la médecine soit gratuite en France, et sans limites ; maintenant, on n'ose pas leur dire non, quoi. Concrètement, on devrait refuser beaucoup de visites ; et ben, concrètement, au cabinet c'est pas évident, hein ; les gens ont pris l'habitude qu'on vienne...SOS médecins, c'est comme pour SOS Pizza, on vient livrer à domicile...Je pense qu'on gagnerait par exemple, alors ça n'est pas évident de dire qu'il faut faire payer les gens, mais il faut les responsabiliser ; que les gens ils prennent conscience que venir chez le toubib parce qu'ils ont un pet de travers, ça fait 20 euros, sur lesquels ils paient quasiment rien ; la politique à un moment donné a été de réduire l'offre des médecins, en se disant qu'il y aurait moins de médecins, donc moins de dépenses, alors maintenant c'est le contraire, il manque des médecins. Je serais plus d'avis de dire que maintenant c'est un peu aux patients qu'il faut dire 'bon, à éduquer'...mais je n'ai pas la prétention d'avoir la solution, c'est très compliqué, hein...les gens ont rarement conscience de ce qui dépasse le raisonnable » (Joël, généraliste libéral).

6- Une dégradation du revenu

On l'a dit, au cours des entretiens la question des rémunérations n'apparaît jamais isolée d'autres thèmes liés aux conditions d'exercice professionnel : elle fait partie de l'ensemble des formes de rétribution matérielle et symbolique, ou de reconnaissance sociale qui viennent soutenir la mobilisation professionnelle ; elle est toujours évaluée relativement à cette dernière, aux contraintes et astreintes vécues ; le plus souvent relativement aux autres segments ou spécialités du corps médical ; plus rarement relativement à d'autres professions – seulement dans un cas, celui d'un anesthésiste libéral comparant son revenu à celui de certains cadres commerciaux.

Si l'expression de plaintes ou de protestations à cet égard semble particulièrement forte chez les chirurgiens libéraux et, plus encore, chez les anesthésistes libéraux, c'est donc moins par leur place objective dans la hiérarchie actuelle des revenus des médecins – ils se situent plutôt vers le haut de l'échelle, derrière les radiologues – que parce qu'ils ont le sentiment d'être plus que d'autres soumis à des sujétions temporelles – gardes, astreintes – et aux responsabilités spécifiques et risques juridiques associés à l'exercice de la spécialité.

Ainsi cet anesthésiste, exerçant comme les autres en secteur 1, compare le prix de sa consultation avec celle du chirurgien, et prend appui sur ses patients pour mettre en cause l'inéquité de la relation responsabilité/rémunération qui frappe sa spécialité.

« Moi, dans le secteur 1, pour 23 euros je ne vois pas pourquoi il y a un tiers payant...ça fait travailler des personnes ailleurs...bon, c'est pas le problème, mais c'est l'état d'esprit » – L'état d'esprit des patients en général n'a pas changé ? – « non, ils trouvent honteux qu'on paye une consultation 23 euros, avec tant de responsabilités...23 euros ? Vous vous rendez compte, quand les chirurgiens ils demandent 70 euros ! Quand ils viennent nous voir nous, ils ont peur...ils n'ont pas peur de se faire opérer, on peut leur couper la tête il n'y a pas de problème ; mais pour se faire endormir, ils sont morts de trouille...donc, pour eux 23 euros, mais ils disent en fin de consultation...ils ont vu le cardio, ils ont vu le chirurgien, ils ont fait les radio, ils ont fait des examens, ils ont dû payer...'je mets ma vie en jeu, vous ne prenez que ça docteur ?'...et voilà ; il n'y a que ça qui a changé, parce que les autres ils ont augmenté... » (Cyril, anesthésiste, libéral).

La non-revalorisation du prix de l'acte est vivement dénoncée par ce chirurgien, qui estime que les chirurgiens français sont « les plus mal payés d'Europe », à un niveau jugé « sept fois moindre » que les chirurgiens nord-américains. Exerçant en secteur II, il compense en partie cette sous-cotation en

pratiquant des dépassements d'honoraires, variables selon les ressources du patient, telles qu'elles peuvent être estimées. Quant on l'entend revendiquer implicitement la liberté de fixation des prix, à l'image de celle d'autres professions commerciales, comme les garages automobiles, on se souvient que la liberté de fixation des honoraires – la « libre entente » – était l'une des revendications fondamentales de la charte de la médecine libérale de 1927. Mais ce discours très libéral se tempère quand il évoque l'impossibilité morale de négocier ses tarifs avec la fraction la plus paupérisée de sa clientèle, celle qui renonce parfois au dernier moment à l'intervention chirurgicale.

« Moi, je suis en secteur II, donc conventionné à honoraires libres. Mais donc, les rémunérations, c'est au cas par cas finalement : bon, on a des règles, hein, on a des tarifs qui sont affichés, mais moi sur mes tarifs qui sont affichés au secrétariat, c'est marqué : 'pour telle intervention, le coût est du tout au tout', parce qu'il est forcément de zéro pour les patients qui sont en CMU ou qui n'ont ni mutuelle complémentaire ni moyens, jusqu'à un tarif qu'on estime juste pour les patients qui, finalement, ont la possibilité de payer ; parce que c'est quand même un métier extraordinaire, parce que quand vous allez dans un garage en général pour acheter une voiture, en général, vous demandez le prix de la voiture au moment de l'acheter. Quand vous entrez dans une clinique avant vous faire opérer, vous ne demandez à personne combien ça va coûter : ça c'est un peu la dérive du système français : j'ai jamais vu un patient, ou rarement, me dire 'mais combien ça va me coûter ?'. Donc déjà vous n'avez même pas cette notion de voir engager une dépense, notamment si vous arrivez en urgence, ce qui veut dire que, compte tenu de l'évolution du secteur I en France, donc qui n'a pas été en ce qui me concerne, le K opératoire n'a pas été revalorisé depuis exactement 10 ans ; il a été revalorisé si je me souviens bien d'1 % ou 1,5 % il y a 10 ans ; ce qui veut dire que si vous opérez un patient en secteur I, vous l'opérez sur des tarifs d'il y a 10 ans, en sachant que les frais de fonctionnement des cabinets médicaux et des cliniques ont énormément progressé ces dernières années ; on a énormément travaillé pour améliorer, on a créé des tas de commissions et des tas de structures pour la lutte contre les infections nosocomiales, c'est des choses qui sont très importantes, indispensables, mais qui coûtent cher. Alors tout ça, ça a grignoté encore le chiffre d'affaires ; donc vous pouvez vous retrouver à devoir opérer en urgence un patient qui n'est lui-même pas trop solvable pour financièrement rien du tout. D'ailleurs c'est ce que disait un directeur de clinique ici, il y a quelques années, il avait calculé que lorsqu'un chirurgien viscéral opérait, faisait une appendicectomie le week-end il perdait un peu d'argent : plus il opérait, plus la clinique perdait... c'est complètement hallucinant » – Il y a des négociations de tarifs ? – « Dans 70 % des cas il n'y en a pas ; et après, alors le patient peut dire 'oui, oui, ça m'est égal j'ai une bonne mutuelle', ou il peut me dire 'je n'ai pas de mutuelle' et dans ce cas-là, ou il rajoute 'bon, mais ça fait rien', ou il est CMU et ça je le sais à l'avance et donc, au plan légal, il n'y pas de compléments d'honoraires, ou alors il fait savoir qu'il est dans une situation financière telle qu'il ne peut pas engager ce genre de frais... Ça arrive de temps en temps. Dans ce cas-là, et bien en général, on l'opère sans compléments d'honoraires... Ou alors il ne parvient pas à nous le dire... ça peut arriver mais c'est rare, mais je peux recevoir un coup de fil, ou simplement un message sur le répondeur... quand c'est un coup de fil, on peut en discuter, mais un message sur le répondeur disant 'ben voilà, je ne peux pas me faire opérer'... là c'est vraiment dommage, c'est embêtant, et quand c'est un message sur répondeur, on ne peut quand même pas se permettre de rappeler les gens pour discuter... Donc ça peut arriver de temps en temps : mais ça, c'est à cause du système. L'acte de base, l'acte chirurgical de base, surtout en chirurgie viscérale, il est totalement sous-côté en France : il est à peu près 7 fois sous le niveau de la rémunération d'un chirurgien américain, et il est le plus bas en Europe. Donc ça amène à des situations qui peuvent paraître un peu inadmissibles, hein, de discuter le tarif » (Eric, chirurgien libéral).

Cet autre chirurgien compare les revenus de sa spécialité à ceux des « médecins nucléaires en secteur II », et même à ceux des généralistes, pour en conclure qu' « on marche sur la tête ».

« Nous on connaît bien les revenus, enfin grosso modo on sait ce que tout le monde gagne, à la louche, hein, et puis de toutes façons, la CARMF vous envoie tous les ans un résumé de toutes les

spécialités, bon, on sait qu'actuellement la spécialité qui gagne le plus d'argent, c'est les médecins nucléaires en secteur 2, oui, ceux qui font les scintigraphies : ils ont un revenu annuel aux alentours de 2 millions de francs, un truc comme ça...je veux dire, moi s'il fallait que je fasse des scintigraphies toutes la journée, là oui, ça me ferait chier...alors ils gagnent 2 millions, tant mieux pour eux...maintenant, que les tutelles commencent à regarder quand même un petit peu les choses pour remettre un peu de l'ordre là-dedans...Comme je vous dis, le résultat des derniers échanges : un digestif en secteur 1 gagne moins qu'un généraliste, là on marche sur la tête : ça c'est vraiment un signe dangereux, dangereux...» (Jean, chirurgien, libéral).

Les deux médecins hospitaliers en fin de carrière mettent en avant le coût des enfants, et le faible standing de leurs « signes extérieurs de richesse » – automobile, logement – pour affirmer qu'ils ne sont pas « riches ».

« Enfin, je ne me plains pas, mais 4 enfants ça coûte très cher, on n'est jamais riche avec 4 enfants...sans compter qu'ils ont toujours besoin d'un coup de main, donc de temps en temps, je me dis 'tiens je vais un peu économiser', mais je ressort vite parce que...Bon, je boursicote un peu, mais enfin la bourse c'est pas terrible...Voilà, donc, sans être malheureux, loin de là, je ne suis pas riche mais je m'en f... : ce n'était pas mon ambition, donc je ne suis pas devenue riche. De temps en temps, j'ai un petit coup d'envie vis-à-vis de mes collègues de ville, parce que je me dis que j'ai travaillé autant qu'eux et que je n'ai pas encaissé le même pourcentage (...) Oui, c'est-à-dire qu'ils ont une vie...comment dire...c'est pas qu'ils en ont beaucoup plus que moi, c'est pas ce que je veux dire, mais ils ont un standing de vie...ils ont...moi, j'ai acheté une maison, mais ma maison elle est restée comme ça, je veux dire, je ne pouvais pas faire plus, je n'ai même jamais pu la finir je dirais ; ma voiture, c'est une voiture tout à fait banale et c'est ma première voiture presque neuve je dirais, parce qu'elle n'est même pas neuve » (Anne, anesthésiste, hôpital).

Rares sont ceux qui, comme ce jeune généraliste libéral débutant en effectuant des remplacements, s'estiment satisfaits de leur rémunération. Mais on voit combien lui aussi est très informé de la réalité des revenus selon les spécialités et les lieux d'exercice.

« Honnêtement, je ne me plains pas. (...) La réforme, il y a quelques années, pour les cotations, moi je pense que c'est honnête, enfin 20 euros la consultation, les déplacements...alors c'est sûr, il y a des consultations qui vont durer 10 minutes, donc c'est rentable, mais il y a des consultations qui durent 1/2 heure voire plus, c'est moins rentable, mais au total je crois que c'est quand même assez correct » – Celui qui est installé ici, vous pensez qu'il gagne plus de 20 000 F nets mensuels ? – « Plus que ça ; oui, par rapport à ma rétrocession, je pense que c'est plus que ça. Mais c'est du rural, c'est particulier, hein ; ici, je pense qu'ils gagnent beaucoup plus que la moyenne...la moyenne d'un généraliste, sur ce que j'avais vu dans les revues, c'était autour de 600 000 F de chiffre d'affaires ; je pense qu'ici, ils doivent faire beaucoup plus. Mais il y a des cotations différentes ; il y a des horaires de nuit que, je pense, un médecin en ville applique rarement ; c'est sûr qu'à minuit, la consultation ou la visite est pas payée pareil que la journée. Il y a les kilomètres aussi : on se déplace excessivement, il y a des patients pour lesquels on fait 50 km aller-retour...Donc il y a des consultations qui doivent arriver presque à 100 euros : le soir avec 40 kms de déplacement ; mais au final on a mis deux heures pour faire la consultation, et ramené à l'heure ça ne veut plus rien dire... au final on ne peut pas se plaindre...Mais, voilà, on n'est pas à 35 heures par semaine ; voilà, c'est du 8 h/20 h, voire plus, il n'y a pas d'horaires...Enfin, moi j'ai envie de gagner bien ma vie aussi...j'ai fait 8 ans et demi d'études, j'ai une responsabilité, j'arrive à 31 ans j'ai toujours pas cotisé pour ma retraite, bon, je n'ai pas envie de gagner le SMIG, quoi, et j'ai pas envie de gagner 10 à 15 000 F par mois » (Joël, généraliste).

Face à ce sentiment d'une dégradation des rémunérations, nombreux sont ceux qui se retrouvent, bien entendu, dans le soutien aux revendications collectives corporatives.

Et dans le secteur libéral, une des stratégies individuelles d'amélioration des ressources peut être la sélection des actes les plus rémunérateurs : pour cet anesthésiste, c'est le renoncement à travailler en maternité, où les « péridurales » sont jugées très mal cotées.

« Le chirurgien qui est ORL, il faut qu'il fasse des amygdales...Mais il vaut mieux faire des actes qui cotent bien puisque la clinique elle est payée en rapport, mais c'est compliqué, quoi...Je sais que moi, par exemple, je ne veux plus faire de maternité : je veux dire que si je dois changer de lieu, j'irai dans une clinique où il n'y aura pas de maternité...la péridurale, moi je...avant Mme Veil, avant 1994, quand la péridurale n'était pas nomenclaturée – c'est-à-dire que si la parturiente voulait une péridurale, il fallait qu'elle paye l'anesthésiste – on demandait 1 500 francs...Mme Veil a dit que toutes les femmes avaient droit à une péridurale, ce qui est bien, il n'y a rien à dire, sauf qu'elle a oublié de dire que nos péridurales, elles étaient cotées K40, c'est-à-dire 548 F...Donc quand vous vous levez à 3 heures du matin pour mettre une péridurale, vous vous disiez : bon, je me lève, ça va durer trois heures, mais je vais gagner 1 500 F, vous le faisiez encore volontiers ; mais quand vous vous levez à trois heures du matin en vous disant je ne vais gagner que 548 F, vous n'avez pas envie d'y aller, quoi » (Bruno, anesthésiste, libéral).

7- La pénurie comme symptôme et comme élément actif des conditions d'exercice

Symptôme préoccupant pour beaucoup d'entre eux de la dégradation contribution/rétribution, la pénurie de candidats est dénoncée, là encore tout particulièrement en anesthésie et en chirurgie.

« Il y a l'obstétrique...je pense, il y a l'anesthésie-réanimation, nous on a été les premiers à être touchés, il y a l'obstétrique, il y a la pédiatrie maintenant, le pédiatre de ville, et le chirurgien viscéral ; c'est les 4 spécialités que les gens ne veulent plus faire...en termes de qualité/prix, c'est les plus lourdes, c'est-à-dire que par rapport à ce qu'on donne, je pense qu'on n'a pas, ni la reconnaissance du patient et ni la reconnaissance financière » (Bruno, anesthésiste libéral).

Pour ce chirurgien, se combinent les effets de la sous-rémunération eu égard aux risques et aux sujétions temporelles, la montée d'une « culture des 35 heures » parmi les nouvelles générations, et une dévalorisation du statut symbolique du corps médical dans la société compte tenu des attaques dont il fait l'objet comme profession privilégiée et responsable du déficit de la Sécurité sociale.

« Il y a des difficultés à trouver des médecins, en particulier anesthésistes : mais vous avez une rémunération qui est lamentable : médecins, notamment les médecins spécialistes et les spécialités à hauts risques que sont la chirurgie et l'anesthésie-réanimation, la gynéco-obstétrique, c'est zéro...donc, ça ne motive absolument pas les jeunes. On a changé de société, on est dans une société de 35 heures ; dans le libéral les 35 heures n'existent pas ; mais eux, maintenant, ils ont la culture des 35 heures, des Rtt, etc...donc quand ils arrivent dans les filières de formation, ils ne vont pas prendre les trucs où il faut se lever la nuit ; mais vous n'êtes pas anesthésiste réanimateur si vous ne faites pas la nuit, hein ; vous ne faites pas chirurgien si vous ne vous levez pas la nuit...ils en veulent plus de ça...Parce que la société a été construite comme ça. Et, en plus, c'est pas rémunéré à l'échelon des responsabilités, ça c'est absolument clair ; et en plus, il y a une pression, à la fois des tutelles qui, pendant longtemps, qu'elles soient de gauche ou de droite, ont expliqué que les médecins étaient coupables du déficit de la Sécu et s'engraissaient sur le dos de la société, et ça c'est quand même pas valorisant pour un métier (...) Les anesthésistes ils sont exposés...c'est dire que, alors, ils sont obligés de faire des consultations pré-anesthésie ; ça a doublé, triplé leur travail : ils n'en peuvent plus là, ils sont exténués, ils n'en peuvent plus, ils partent tous les uns après les autres, ils en ont marre ; l'anesthésie c'est LE métier sinistré » (Paul, chirurgien, libéral).

Certains mettent également en cause le mode de régulation de la démographie médicale.

Je pense que le numerus clausus est très mal géré en France ; le numerus clausus, c'est un robinet, alors ils ferment à mort, puis ils ouvrent à mort, au lieu d'avoir un bon débit bien réglé, ils vont donner de grands à-coups, alors des fois c'est trop ouvert, des fois c'est trop fermé...moi je pense qu'à un moment donné on a fait partir des médecins à la retraite en leur donnant le MICA et dans le même temps on s'est aperçus qu'on n'avait pas assez de praticiens, on a ouvert le numerus clausus, c'est complètement aberrant ; il faut savoir ce qu'on veut : on ne va pas payer pour faire partir des gens et en même temps...il y a une très mauvaise gestion du flux médical et il y a une vision socialiste qui est peut-être justifiée qui dit que le problème c'est l'offre de soins : plus on augmente l'offre de soins, plus on va déséquilibrer le système...moi j'avais assisté à une conférence dans le cadre de mon activité d'administrateur, par un énarque de paris, qui disait : vous comprenez, sur le plateau du Larzac, il n'y avait pas de pharmacie, ils se soignaient avec des plantes, on met une pharmacie, ils se soignent avec des médicaments...donc le but c'est de diminuer l'offre de soins...bon, alors on ferme le robinet, on diminue le numerus clausus, et puis de temps en temps on se rend compte qu'on l'a trop fermé, alors on l'ouvre en grand...Le coup des infirmières qu'il a fallu aller chercher au Portugal, c'est monstrueux...» (André, chirurgien, libéral).

D'autres mettent en accusation également l'allongement de la durée de spécialisation, qui serait un outil utilisé par les hôpitaux pour lutter contre leur propre pénurie en médecins.

« En plus, ils ont rallongé le temps de spécialisation ; oui, puisqu'ils ont besoin de ces gens-là dans les hôpitaux, donc ils veulent retarder leur installation au maximum : ils veulent les faire finir le plus tard possible ; la spécialité, elle est passée à 5 ans : donc, vous faites vos 6 années de médecine, comme avant ; avant c'était 3 années de spécialisation, maintenant c'est 5 ; et si vous voulez vous installer en secteur 2, il faut faire 2 ans d'assistantat. Donc, ça fait 13 ans, si vous ne redoublez pas » (Cyril, anesthésiste libéral).

Moins défavorisée que d'autres compte tenu de son attractivité, la région PACA n'échappe pas à ces phénomènes de pénurie.

« Il y a des régions qui sont plus favorisées que d'autres ; il y a des modes d'exercice qui sont plus favorables (...) En tout cas la pénibilité a dissuadé beaucoup de gens...enfin nous, dans la région, vu l'attraction du soleil...mais des jeunes, il n'y en a pas beaucoup qui s'installent dans la région, il y en a beaucoup plus qui viennent prendre le poste en migrant...alors c'est sûr qu'avec la restructuration, il y a des petites cliniques qui ferment ou des trucs comme ça...oui, mais globalement, je crois qu'il en faudra encore des anesthésistes, oui, il en manquera » (Alain, anesthésiste, libéral).

« Maintenant, les mecs, ils s'en f..., ils aiment mieux gagner plus à Paris, et puis se payer une maison ici...avec l'avion, le TGV, vous êtes en 6 heures sur la Côte d'Azur, qu'est-ce que vous voulez vous embêter. Et puis bon, les gens ils ont des amis, tout ça, la vie sociale...c'est pas parce qu'il y a le soleil que c'est plus satisfaisant : la mer, les mecs, ils s'en f., ils ont leurs copains, ils veulent pas quitter...une fois que vous êtes dans votre région » (Cyril, anesthésiste, libéral).

De la pénurie de candidats à l'exercice de telle profession ou telle spécialité, à la pénurie de personnel présent quotidiennement dans les services, on sait que les médiations sont nombreuses. Mais cette dernière participe manifestement du même sentiment de dégradation des conditions d'exercice, imposant parfois de recourir à des pratiques illégales – exemple cité ici du non respect du « repos de sécurité » à l'hôpital – ou d'accepter un glissement de tâches vers le bas.

« Et là, je vois, la pénurie d'infirmières, la pénurie de personnel...alors ici, au point de vue matériel ça va, mais au point de vue personnel c'est une catastrophe : je pense que c'est partout pareil...mais peut-être plus ici qu'ailleurs, parce que les infirmières ne gagnent pas suffisamment leur vie ; pour

venir ici, elles seraient attirées par la Côte d'Azur, mais pour se loger c'est la galère, c'est comme Paris, hein, je veux dire c'est des zones qui sont absolument sinistrées parce que les gens ne peuvent pas vivre avec ce qu'on leur donne (...) Maintenant, le repos de sécurité c'est une merveille, d'ailleurs les copains ne s'y trompent pas, ils profitent de ça avec bonheur ; mais le problème c'est qu'il n'y a plus personne le jour : je veux dire, nous dans notre service, on est 4. Y en a deux qui ont des gardes sur place, le lendemain de leur garde elles ne sont pas là ; donc il n'y a plus que les deux autres. S'il y en a une qui est en vacances, il n'y en a plus qu'une pour faire tourner la machine. C'est la quadrature du cercle, on peut pas faire ça. Alors dans le tas, en toute illégalité, y en a une qui refile ses gardes. Comme ça, elle n'a pas son repos de sécurité ; mais le repos de sécurité, il est perdu, il est perdu pour tout le monde » (Anne, anesthésiste, hospitalière).

« À l'hôpital, ce qui était difficile par exemple, c'est d'avoir les examens complémentaires dans les temps, les choses dont on a besoin, quoi : les échographies quand on en a besoin, etc...mais parce qu'il n'y a pas assez de médecins échographistes, hein, le matériel il est là, hein...c'est bien un problème de personnel...C'est arrivé qu'une de mes co-internes dise « d'accord, il y a personne pour faire l'écho abdo, et bien je vais la faire » (Nadia, généraliste libéral).

Cette femme médecin anesthésiste, actuellement en fin de carrière, s'inquiète des projets de régression vers la situation qu'elle a connue lors de ses débuts professionnels, où la discipline n'était pas autant développée et où l'appui des infirmiers spécialisés était moins systématique.

« Bon, après, il y a le fait de préparer une salle, quand on n'a pas d'infirmière anesthésiste, et ben on ne va pas rester là et laisser un malade sans soins, on ne va pas dire : « non, on ne fait parce qu'on n'a pas d'infirmière » ; ben on prépare la salle si besoin. Cela dit, nous, on avait l'habitude de travailler comme ça, mais nos jeunes ne sauront pas préparer une salle parce qu'ils ne l'ont jamais fait. Parce que notre grand luxe, à nous, c'est les infirmières anesthésistes, et ce luxe-là, on aimerait bien nous l'enlever ; on le sent le glissement ; ben, forcément, on nous dit : bon ben « écoutez, vous pouvez travailler tout seul, ou bien avec une infirmière pour 6 salles ou un truc comme ça, qui ne s'occupe que du matériel, du rangement, etc, mais qui n'est pas avec vous ». (...) Et alors quelquefois ça nous arrive de faire l'infirmière pour notre collègue : quand on n'a plus d'infirmière, et bien il y en a une qui fait l'infirmière pour l'autre. On préfère faire comme ça parce qu'on s'entend bien, mais c'est pas toujours possible, il y a des gens qui ne s'aiment pas, voilà. Donc, le glissement des tâches, c'est là, et puis c'est vrai que, par exemple pour les réanimations, avant, moi je me souviens d'un temps où on faisait les réanimations dictées à l'infirmière ; et actuellement c'est plus possible, hein, c'est nous qui écrivons, on passe notre vie à écrire. Le glissement des tâches, c'est les tâches administratives, c'est-à-dire que maintenant on est obligés de coter nos actes directement sur l'ordinateur » (Anne, anesthésiste, hospitalière).

Le monde des cliniques privées n'échappe pas au phénomène de manque de personnel infirmier ou subalterne, qui oblige par exemple ce médecin à « faire le brancardier ».

« Ben je n'ai pas le sentiment de ne faire que l'anesthésiste réanimateur...il m'arrive par exemple de brancarder des malades toute la journée...et tant d'autres choses...mais en termes de temps, c'est bien le brancardage qui revient le plus souvent...non, il n'y a pas de brancardier...Il y a bien une brancardière qui amène les futurs opérés jusqu'au bloc opératoire ; mais une fois qu'ils y sont, tous les patients endormis vous les déplacez bien sur la table d'opération, et vice versa » (Denis, anesthésiste libéral).

Conclusion de la seconde partie

Pour les médecins rencontrés, la notion de « conditions de travail » s'inscrit étroitement dans l'ensemble des conditions de leur exercice professionnel. Ces dernières sont massivement vécues comme fragilisées par une dégradation tendancielle de l'équilibre entre contribution et rétribution ; entre les contraintes et sujétions du métier et leur formes de reconnaissance sociale. Reconnaissance de la part des patients d'abord ; de la part des pouvoirs publics ensuite. C'est ce contexte qui éclaire l'importance inattendue des thèmes comme ceux du risque juridique ou de la détérioration des revenus. Si ceux qui exercent sous statut libéral – qui se trouvent être principalement des chirurgiens et des anesthésistes – semblent plus véhéments que les salariés, le trop faible nombre de ces derniers dans notre échantillon nous invite à rester prudent quant au rôle joué en ce domaine par le statut d'emploi. Une exploration systématique des différenciations des univers professionnels selon le clivage statutaire devrait permettre maintenant d'aller plus loin dans cette voie.

Troisième partie – Salariat hospitalier/libéral en clinique. Convergences et nuances

Cette partie du rapport est centrée sur la vision contrastée produite par notre enquête sur ces deux mondes et modes d'exercice polaires de la médecine, représentés par le salariat hospitalier d'une part, le statut libéral en clinique d'autre part. Cette opposition doit être évidemment nuancée s'il s'agissait de rendre compte de la diversité des modes d'exercice de la médecine dans son ensemble, bien plus grande on le sait.⁷ Mais, « nécessité faite vertu », deux jeunes médecins saisis comme hospitaliers par l'enquête Drees – ils effectuaient alors leur dernière année de « résidanat » – exercent sous statut libéral en cabinet de « ville » (ou de campagne), comme généralistes remplaçants, au moment où nous les interrogeons. Ils nous aideront à compléter les types de carrière (et d'expériences associées), de ceux qui quittent le monde de l'hôpital.

Après avoir rappelé que le poids numérique dominant des libéraux dans notre échantillon peut utilement être compensé par le fait que tous ont, eux aussi, une expérience hospitalière, on s'attachera d'abord aux représentations du monde hospitalier qui se dégagent selon le type de cursus ultérieur des intéressés – « avoir quitté l'hôpital » ; « être resté à l'hôpital » ; « avoir débuté à l'hôpital » – avant de montrer en quoi l'exercice en libéral représente une autonomie sous fortes contraintes.

1- Le monde hospitalier : une expérience à la fois commune et diversifiée

Tous les médecins ont un point de vue « engagé » sur le monde hospitalier. Tous y ont effectivement passé un certain temps, variable, au minimum de 7 à 8 ans. Mais ils expriment en même temps nécessairement un certain « vécu », celui qui tient à leur carrière professionnelle ultérieure : *avoir quitté l'hôpital* pour s'installer en libéral afin d'exercer la médecine spécialisée ou générale ; *être resté à l'hôpital* pour y exercer comme hospitalier ; enfin, indépendamment du cursus ultérieur, l'hôpital est cette expérience commune « fondatrice » de leur période de socialisation professionnelle : *avoir débuté à l'hôpital*.

La plupart des médecins de notre post-enquête ont aujourd'hui opté pour une pratique libérale de la médecine. Leurs propos sur l'institution et sur la pratique hospitalière ont, au minimum, pour fondement objectif les années qu'ils ont passées à acquérir leur formation médicale au sein d'un hôpital (ou de plusieurs hôpitaux). Pour une partie d'entre eux, ils sont éclairés aussi par une pratique professionnelle hospitalière plus ou moins longue (en tant qu'assistant ou praticien hospitalier) avant d'exercer en libéral. Pour d'autres encore (ils sont au moins trois parmi les non-fonctionnaires) une part (minoritaire) de leur activité médicale est encore effectuée dans un établissement hospitalier. Pour tous ceux-ci, l'hôpital n'est donc « jamais bien loin », pour ces raisons mais pour d'autres encore : toutes celles qui, comme on l'a dit, autorisent symétriquement les médecins hospitaliers à émettre un point de vue sur le privé (échanges professionnels ou amicaux directs, positions plus ou moins « concurrentielles », etc.). Pour certains médecins libéraux toutefois, les propos exprimés s'appuient sur des expériences assez anciennes de l'hôpital : entre la période d'internat d'un médecin de 55 ans et aujourd'hui, l'hôpital, son organisation et ses pratiques ont eu le temps de changer... et ne s'en sont pas privés. Au sein de cette catégorie, un sous-ensemble est formé par deux jeunes médecins non encore docteurs, en position de « remplaçants » : il s'agit de jeunes médecins, dont l'expérience hospitalière et l'expérience libérale sont toutes deux très actuelles et dont la position dans le champ médical n'est pas encore objectivement définie.

⁷ Outre l'exclusion, par construction du plan d'échantillonnage de la Drees, de la masse des généralistes et des spécialistes n'exerçant qu'en cabinet, le choix d'un champ restreint aux actifs hospitaliers ne permet pas non plus de toucher les médecins du travail, de PMI.

Certains y sont restés après l'obtention des diplômes et pratiquent toujours aujourd'hui la médecine en tant que salariés (fonctionnaires) : leur point de vue se fonde sur une expérience quotidienne de l'hôpital et du statut de salarié ; en revanche, la « vision » qu'ils ont et qu'ils donnent de l'exercice libéral relève beaucoup plus rarement d'expériences vécues : elle est forgée à partir d'un ensemble de rapports et d'échanges directs qu'ils peuvent avoir avec les médecins libéraux (rapports directement liés aux soins des malades, mais aussi rapports par exemple au sein de clubs ou sociétés savantes de spécialistes, ou encore rapports avec d'anciens collègues praticiens ou d'anciens camarades d'internat qui ont quitté l'hôpital), mais aussi à partir de la position objectivement différente qu'ils occupent dans le champ médical par rapport à leurs confrères libéraux (position plus ou moins « concurrentielle », en termes de « partage » d'un marché et d'une clientèle, en termes d'acquisition de capital économique – revenus –, ou de capital symbolique – réputation, prestige, pouvoir –, etc.).

Une troisième et dernière « lecture » possible de l'hôpital est celle que l'on peut en faire à partir des récits de vie, concernant la période de formation et des débuts professionnels, en tant qu'étudiant, interne ou résident, stagiaire ou jeune assistant : tous les médecins témoignent ainsi des conditions et de la place faites par l'hôpital à cette pratique « initiatique » spécifique ; tous témoignent aussi d'une certaine manière d'un vécu qui a pu forger durablement leur représentation des établissements publics de santé.

Les spécialistes exerçant aujourd'hui en libéral, qui sont, rappelons-le, pour la plupart des hommes de plus de 45 ans, ont tendance à radicaliser une vision critique du monde hospitalier semble-t-il plus largement partagée. Mais il n'est pas surprenant que les spécialistes qui ont choisi d'y faire carrière soient nettement moins critiques, et qu'ils développent à l'inverse une vision plutôt négative du mode d'exercice libéral. Et il se trouve que nos deux jeunes généralistes libéraux ont également une vision plus nuancée de l'hôpital.

2- Avoir quitté l'hôpital

Certains des spécialistes qui exercent aujourd'hui en libéral ont envisagé d'engager une carrière hospitalière, d'autres non. Mais tous développent une critique du monde hospitalier. Elle s'organise selon une thématique récurrente : monde bureaucratique où la réalité du pouvoir est exercée non pas par les médecins, mais par l'administration, voire des « énarques » ; pesanteur de la hiérarchie qui paralyse les initiatives, freine le dynamisme et interdit la reconnaissance du travail ou du mérite au profit de l'ancienneté ou du favoritisme ; risque d'immobilisme au sein d'un service ; sous-rémunération eu égard au secteur privé, spectaculaire 10 ou 20 ans auparavant ; concernant les CHU s'y ajoute l'« exploitation » des hospitaliers par des chefs de service ayant abandonné leur activité clinique pour la gestion et/ou leur activité de recherche et de publication. Cette critique dessine donc en creux le mode de valorisation de l'exercice libéral qui s'opposerait point par point à cet anti-modèle : dynamisme, efficacité, reconnaissance du travail et du mérite dans un niveau de revenu plus élevé, indépendance – « être son propre chef ». On verra que, par rapport à cet idéal professionnel, la réalité du mode d'exercice libéral est plus sombre.

« Des types qui magouillaient du matin au soir, des petits trucs, le gars qui voulait faire agréger son fils ; il y avait des magouilles, des machins, des commissions ; pour moi c'était intenable : moi je faisais de la chirurgie, je faisais de la clinique, de la chirurgie expérimentale, de l'enseignement ; ça, ça m'allait bien, mais la politique des commissions, ça je ne sais pas faire ça (...) aller à l'hôpital pour terminer comme fonctionnaire...non, dans les hôpitaux, il y a certainement de superbes équipes, mais quand vous arrivez dans un hôpital, vous vous apercevez que le pouvoir est complètement para-chirurgical ou para-médical, c'est intenable. Le monde libéral est caricatural certainement, par son

efficacité et son rapport coût/qualité qui est d'une manière tout à fait effarante nettement supérieur à l'hôpital public » (Paul, chirurgien, libéral).

« Je n'étais pas sûr d'avoir un poste hospitalo-universitaire, je n'étais pas sûr de devenir agrégé dans le service où j'étais, donc je m'étais dit : il est peut-être préférable de voler de ses propres ailes et d'être un petit peu plus indépendant, plutôt que de rester dans un service, avec une... Il y a la notion de hiérarchie hospitalière, qui me posait en théorie un problème ; en théorie, parce qu'en pratique ça ne m'en posait pas du tout, parce que j'étais extrêmement bien dans ce service, et je m'entendais particulièrement bien avec les patrons et les agrégés, mais en théorie il me semblait qu'il était préférable de changer » (Eric, chirurgien libéral).

« J'ai quitté l'hôpital parce que j'ai eu l'opportunité d'installation, d'une création d'un service de réanimation dans le privé... Parce que d'un côté, ma carrière à l'hôpital, moi j'étais titulaire, j'étais deuxième grade, j'aurais pu rester, mais mon cheminement, devant moi pour être premier grade, celle qui était premier grade devant moi, c'était pas au mérite, c'était à l'ancienneté, voilà ; et quand j'ai vu que celle qui était premier grade, elle venait de prendre le poste et qu'elle avait fait 10 fois moins de publications que moi, j'ai dit, bon, c'est pas méritocratique... » (Alain, anesthésiste libéral).

« Salarié à l'hôpital, il y a une progression fonctionnarisée du revenu (...) les enfants arrivent, la paie de praticien hospitalier, même si votre épouse travaille, n'est pas à la hauteur de ce qu'on peut espérer, quoi (...) il est arrivé un moment donné où ce n'était plus intéressant... moi, ce qui m'a fait quitté l'hôpital, c'est la lourdeur de l'institution, vous arrivez le matin à 8 heures et demi, pour mettre les choses en démarrage, il fallait de l'énergie, il fallait dire : allez, il faut faire ci, il faut faire ça... vous repartiez le soir à 6 heures, vous aviez fait 3 ou 4 anesthésies, le reste du temps, vous... bref, c'était... il fallait se bagarrer avec les brancardiers, il fallait se bagarrer avec ci, il fallait se bagarrer avec ça, avec les syndicats, les machins ; enfin, j'ai rien contre les syndicats mais... ma hiérarchie aussi, on ne pouvait pas faire ce qu'on voulait, etc..., je ne vais pas critiquer mes confrères hospitaliers, parce que c'est pas bien, mais je vois la manière de travailler dans le libéral et la manière de travailler dans le public : dans le libéral, vous avez des obligations qui sont... si vous voulez gagner votre vie, il faut travailler avec le sourire, avec efficacité et rapidité... À l'hôpital, il n'y a aucun des trois critères qui rentrent en ligne de compte pour gagner sa vie » (Bruno, anesthésiste libéral).

« Le revenu, oui, un peu, et puis l'hôpital c'est trop lourd... quand on est en clinique, on travaille : si je ne travaille pas, je ne suis pas à la clinique. À l'hôpital, vous faites des gardes à attendre que quelque chose arrive ; il y a beaucoup de gens qui font plus de l'administration dans les médecins – il y a le président de machin, du truc –, ils f... rien... je le dis, hein... que de l'administration, que de gérer leur service ; c'est toujours l'interne ou l'assistant qui travaille, donc nous on était toujours au turbin et les mecs ils se... et puis l'hôpital, comme il y a beaucoup de gardes, vous passez beaucoup de nuits en dehors de la famille ; moi j'en avais marre (...) le patron il ne fait jamais rien dans les CHU ; il fait ses consultations privées, il prend 1 000 F la consult., et puis le reste, quand c'est public, il faut attendre 6 mois, quoi. Dans le système français, si vous voulez, il y a tellement de choses à dire... c'est même pas à revoir, il faudrait changer de société, c'est impossible. Non, non c'est impossible, la France c'est une Préfecture (Cyril, anesthésiste libéral).

« Avoir un chef sur le dos, j'ai déjà connu aussi, si c'est pour se remettre dans la même situation, autant rester dans celle où vous avez tout avantage à rester et à vieillir... oui, là, de hiérarchie il n'y en a plus... je fais un peu ce que je veux, quoi... C'est ce que j'ai dit à mon médecin chef, c'est lui qui m'a formé, il m'a demandé pourquoi je partais, je lui ai dit que j'avais envie de devenir un grand garçon... c'est un peu ça » (Denis, anesthésiste libéral).

« En CHU je voyais plein de gens qui ramaient, qui étaient vacataires pour remplacer les patrons quand ils partaient en vacances au pied levé... difficile de se faire une place, et puis le milieu était

vraiment pas sympa, très hiérarchisé, et puis ça ne communique pas bien entre eux...en tout cas je ne voulais pas bosser dans ce milieu » (Elsa, anapath, salariée hospitalière).

« En CHU, les chefs de service ils s'enferment dans leur bureau, ils font leurs publications, on ne les voit plus...c'est pareil, ils sont...en fait ce qui compte pour eux, c'est pas tellement d'avoir une activité clinique pour être côtés, c'est d'avoir des publications ; il y a un chef de service qui allait jusqu'à dire "moi je peux opérer des malades, je peux en plier un sur deux, du moment que je publie, c'est bon, je suis chef de service...Donc voilà, ils n'ont pas intérêt à...mais les assistants qui sont chefs de clinique en CHU, donc c'est eux qui ont la responsabilité de la formation des internes, eux c'est pareil, pour être praticiens hospitaliers, qu'est-ce qu'on leur demande, on leur demande des publications ; donc ils ne vont pas aller encadrer les internes » (Nadia, généraliste).

Aux côtés de ces griefs, de plus jeunes dénoncent l'existence de suspicions entre collègues, la faiblesse des possibilités d'insertion et de carrière pour les omnipraticiens, voire un manque de considération pour les patients.

Cette jeune anatomo-pathologiste hospitalière a vécu dans un climat de défiance : un autre service de l'hôpital faisait « doubler » par des laboratoires privés certains des examens qu'elle réalisait⁸.

« Il est difficile dans cette profession de travailler avec des gens qui ne vous font pas confiance, parce qu'on a toujours l'impression qu'on est sur une peau de banane. Il y a un service comme ça où ça se passe très mal ; au bout d'un an, je me suis rendu compte, le mec m'appelle très embêté parce que les mecs de ville ne lui avaient pas répondu la même chose que moi et j'ai appris donc qu'il avait une biopsie d'une tumeur du foie, donc avec une aiguille il avait fait une petite carotte qu'il avait envoyée en ville, et puis il avait fait aussi une petite ponction avec une aiguille où il avait pompé un peu de potage, vous voyez, qu'il avait posé sur des lames et il me l'avait envoyé, sans dire qu'il l'avait aussi envoyé en ville et réciproquement ; et puis moi, je me suis posé des questions et tout, j'ai fini par trancher dans un sens, mais le problème était entre les deux diagnostics, j'ai fini par trancher dans un sens, et puis c'était pas le même que les gars de ville qui avaient la biopsie : c'était vachement plus facile sur la biopsie, et puis quand on a les deux, c'est encore plus facile, quoi...le type était embêté, mais je lui ai dit 'c'est pas possible de travailler comme ça', et puis j'étais en colère, je lui ai dit que c'était malhonnête et puis que d'abord chaque fois qu'il m'envoyait un truc j'avais l'impression de passer un examen... » (Elsa, anatomo-pathologiste, salariée hospitalière).

En dehors du service des urgences – par définition un des plus soumis aux sujétions temporelles – ou de la gériatrie, l'espace des carrières possibles au sein de l'hôpital pour un jeune généraliste apparaît très fermé.

Rester à l'hôpital, vous l'avez envisagé ? – « Pour les généralistes, les postes qui existent, c'est plutôt les urgences, la gériatrie...non, il n'y a pas beaucoup de débouchés...non...les urgences, ça me tenterait (...) Un praticien hospitalier avec un peu d'échelon, plus les gardes, ho il ne fait pas 35 heures mais il doit faire 40 et quelques, le repos de sécurité, ça fait bosser 2 ou 3 jours par

⁸ Cet exemple est assez caricatural des rapports qui peuvent s'instaurer entre spécialistes. Ils sont liés à des systèmes de classement social et de hiérarchisation entre spécialités et, partant, des spécialistes eux-mêmes. Ainsi l'anatomo-pathologie est une spécialité très féminisée en France (60 % de femmes, contre 37 % pour la moyenne des médecins spécialistes) - ce qui n'est pas le cas aux États-Unis – et, de ce fait, dévalorisée. Dans l'entretien avec Elsa, on relève les brimades dont peuvent faire l'objet les médecins femmes dans ce type de service de la part de leurs collègues hommes. Brimades associées ici à des gaspillages de fonds publics, lorsque les « labos de ville » sont préférés par les praticiens hospitaliers à celui de l'hôpital, ou lorsque la « défiance » peut conduire un chef de service à tester ses collègues en soumettant le même échantillon à deux labos différents (celui de l'hôpital et un labo privé).

semaine, c'est plus qu'acceptable, quoi. Mais les urgences c'est stressant, il y a l'administration, il y a le poids... moi je trouve que l'hôpital ça peut être génial mais... il ne faut pas grand chose pour que ce soit génial, il ne faut pas grand chose pour que ce soit horrible (...) c'est lourd l'hôpital : c'est lourd administrativement, il faut faire des papiers pour avoir des demandes, on a l'impression que tout le monde est débordé, que tout le monde n'a plus de temps, que tout le monde est exploité, l'infirmière dit 'je travaille trop, je suis mal payée, c'est fatigant, la surveillante cadre me ...', le brancardier dit 'on en a marre, on court partout, on se fait mal au dos, on n'est pas assez, on me demande de partout j'ai pas le temps'. Moi il y a un truc qui m'a choqué, c'est que parfois il y a des gens qui s'en foutent du patient, mais même de la secrétaire au médecin, hein ; finalement on est là pour le patient, moi quand j'ai bossé comme aide soignant ou infirmier la nuit, je n'ai jamais fait attendre un patient qui sonnait plus de 10 minutes... au moins aller voir tout de suite ce qui se passe et lui dire 'bon, je reviens', mais quand j'entends des gens qui disent 'j'ai sonné toute la nuit on n'est jamais venu me voir, ça, ça n'est pas acceptable ; parce que quelles que soient les conditions, on est là pour le patient » (Joël, généraliste libéral).

« À être spécialiste, il faut être hospitalier... ça veut dire avoir un chef, aller lécher les bottes du chef pour être assistant, et après être praticien hospitalier, et peut-être être chef à 45/50 ans, et à ce moment-là avoir des contraintes administratives » – Comme généraliste, vous pourriez rester à l'hôpital ? – « Ha ben là, je pourrais être assistante aux urgences ; ils m'y ont invitée, hein ' après ton résidanat, si tu veux, tu peux revenir'... ils ont personne ; normalement il faut être thésé pour être assistant aux urgences, mais pfff, la moitié ne sont pas thésés » (Nadia, généraliste libérale).

3- Être resté(e) à l'hôpital

Trois de nos médecins ont choisi de faire une carrière hospitalière : un homme, Louis, 58 ans, spécialiste en maladies tropicales et infectieuses, chef de service dans un CHU ; deux femmes : Anne, 59 ans, est anesthésiste-réanimatrice dans un centre hospitalier, « responsable de secteur » en urologie ; Elsa, 30 ans est anatomo-pathologiste, salariée dans un laboratoire d'un centre hospitalier.

Sur certains points leur vision de l'hôpital rejoint celle de leurs collègues libéraux : la pesanteur administrative, les logiques bureaucratiques, la lenteur des carrières, une spécialisation excessive, le risque d'immobilité sont également dénoncés. Mais sur d'autres ils s'en écartent nettement : mise en avant des rapports non marchands aux malades et des finalités de service public ; caractère protecteur de la structure par rapport aux risques professionnels et à la sécurité des malades ; valorisation du travail collectif et de la recherche ; meilleure qualité de vie permise par la possibilité de se faire remplacer plus facilement pour cause de formation continue ou de congés.

Louis s'est orienté tôt vers une spécialité rare – maladies tropicales et infectieuses, comptant seulement une vingtaine de spécialistes en France selon lui – qui ne s'exerce quasiment qu'en milieu hospitalier, et n'a jamais été attiré par l'exercice libéral. Pour lui de bonnes conditions de travail correspondent à « la possibilité de soigner au mieux les malades compte tenu de l'état des savoirs et des moyens techniques disponibles à un moment donné ». Très attaché au service public et aux rapports non marchands dans l'hôpital, il est fier que son service n'ait jamais toléré d'abriter des consultations privées en son sein. Il s'est engagé à plusieurs reprises dans des actions collectives contre des restructurations hospitalières. Il vient d'obtenir d'être libéré d'une partie de sa charge de travail administratif afin de se consacrer encore un peu plus à la recherche : il cherche à développer son équipe de recherche, et déclare consacrer une vingtaine de journées par an à des colloques, y compris à l'étranger. Sa charge de travail et son niveau de revenu est comparable à ceux de ses collègues libéraux, mais son temps de travail est plus régulier, et sa journée de travail commence plus tard et finit plus tard (il consacre ses soirées à ses activités d'enseignement et de recherche).

Anne est bien placée pour comparer les modes d'exercice hospitalier et libéral, puisqu'elle a d'abord fait des remplacements en tant que généraliste avant de se spécialiser, puis qu'elle a exercé ici ou là en libéral aux côtés de son emploi principal d'hospitalière. Dans cet extrait d'entretien, la plupart des thèmes autour desquels se retrouvent les hospitalier(e)s sont présents : au passif de l'hôpital, l'hyper-spécialisation, la gestion bureaucratique, des rémunérations inférieures au secteur privé, le manque de personnel opérationnel, contraint à mal travailler ; à son actif, avant tout la sécurité des malades et des médecins permise par l'absence de « pression au rendement » et de rapports marchands.

« En hôpital ce qui est un peu désagréable, c'est qu'on est hyper spécialisée mais...moi j'ai tourné, je connais tout l'hôpital...ça fait 22 ans que je suis en urologie...ce qui est un peu agaçant à l'hôpital, c'est que vous vous figez assez vite, et après, ben ma foi si vous ne bougez pas, vous pouvez vous confire dans votre poste...Or n'y a pas de bonne anesthésie réanimation si on ne connaît pas la chirurgie correspondante...on m'a nommée responsable de secteur en urologie : c'est comme pour les militaires, vous demandez les chasseurs alpins on est dans les parachutistes, c'est à peu près ça...j'ai choisi l'hôpital parce qu'on faisait des choses plus grosses, on pouvait avancer, on n'avait pas tout à fait la même responsabilité vis-à-vis des gens. En fait c'est faux hein, mais je veux dire l'impression que les gens étaient plus lointains, qu'on avait l'hôpital qui faisait écran et que par conséquent on n'avait pas la même responsabilité. Ça, on en a eu conscience très vite, on en a tous conscience : c'est que l'hôpital, ça nous permet de garder notre quant à soi. Alors on peut le garder bien ou moins bien, mais ça nous permet de ne faire que ce qu'on estime juste et bien, et de demander éventuellement si on n'a pas les conditions nec plus ultra. Il ne faut pas oublier que moi, quand je faisais les remplacements en ville, on se déplaçait sur plusieurs cliniques. On lâchait le malade pour aller dans une autre clinique, et le malade était à peine réveillé, il n'y avait pas de salle de réveil ; et les infirmières, elles n'étaient pas préparées à surveiller des réveils. Les accidents qu'il y a eu à cette époque, et il y en a eu beaucoup, je veux dire on était très stressés. Moi je me suis toujours beaucoup occupée de médecine légale, etc., de procès, j'ai toujours suivi tous les congrès inhérents à ça, etc. et je me disais : « quand même, en ville, on fait de la corde raide ». Et à l'hôpital, justement, on pouvait travailler en sécurité, on a installé les premières salles de réveil etc. Et je me disais, à hôpital, on avance ; alors qu'en ville, le rendement passe devant et quelque part, ça me gênait ça. L'hôpital, pour moi, c'était un non-rapport à l'argent d'abord et une distance prise avec les malades qui nous permettait peut-être d'effectuer notre travail en toute sécurité et de pouvoir avancer quand même dans des cas plus graves, etc ; et de progresser ; je crois que c'est ça l'hôpital. Parce que l'horaire, parce que tout le monde dit : « on a choisi l'hôpital pour l'horaire », et bien moi je n'en ai jamais bénéficié de l'horaire. Je commencerais seulement maintenant à en bénéficier⁹ alors que quand j'en ai eu besoin, vraiment j'en ai pas bénéficié ; donc les horaires, c'était pas vrai. Les anesthésistes à l'hôpital, ils ont toujours été taillables et corvéables à merci et ils ont toujours eu des horaires déments hein (...) Sans pleurer misère, hein, on gagne notre vie ; mais comparativement au train de vie, moi, les collègues qui sont partis, enfin les collègues qui ont le même âge que je connais en ville, ont un train de vie qui est autre que le mien (...) L'hôpital me plaît, c'est ma famille, c'est une famille, et je suis un peu désolée de voir ce qu'elle devient maintenant, je suis désolée de voir la paupérisation de l'hôpital actuellement : c'est-à-dire, on veut gérer ça comme des entreprises mais c'est pas une entreprise, l'hôpital Et là, je vois, la pénurie d'infirmières, la pénurie de personnel »...« on maltraite le personnel (...) Elles savent qu'elles ne travaillent pas bien, et ça je trouve que ça engendre...comme chez nous, d'ailleurs, quand on n'a pas non plus le matériel ou le personnel qu'il faut, etc, ça engendre un stress abominable, et ça je pense que c'est la pire des maltraitances qu'on peut faire à des gens, c'est de les empêcher de bien travailler alors qu'ils savent le faire : ils savent le faire, ils savent comment on travaille bien, et on les empêche...Et c'est pour ça que quand je vois tous ces administratifs, là, qui se gargarisent en pensant que nous faisons de la qualité, et bien je dis que de la qualité, depuis qu'on en parle, on n'en fait plus, alors qu'avant on en faisait. Parce qu'il y avait des infirmières, parce que le fait pour une infirmière de s'asseoir au bord d'un lit et de discuter avec un malade, ça fait partie de la thérapie aussi ; et je

⁹ Anne envisage de passer à temps partiel.

veux dire, c'est pas normal qu'elles n'aient pas le temps de parler aux malades » (Anne anesthésiste réanimatrice, hospitalière).

Elsa quant à elle a renoncé assez vite à viser un poste en CHU, compte tenu de leur rareté, de l'hyper concurrence et de la course aux publications que cela engendre entre postulants. Mais sa « peur de se lancer en libéral » et son intérêt pour le travail en équipe vont l'emporter et elle parviendra à trouver un emploi en centre hospitalier.

C'est la guerre pour les postes à l'hôpital ? – « Ha oui, c'est la guerre si vous voulez rester à l'hôpital, il faut vraiment marcher sur les autres ; et puis il faut publier des trucs et tout (...) Enfin, j'avais plutôt envie d'aller bosser à l'hôpital, parce que ça fait un peu peur en fait de se lancer dans le libéral : par facilité je me disais que j'aimerais mieux travailler à l'hôpital...oui, à l'époque ça me paraissait plus facile, plus simple...Enfin, moi j'aime bien travailler en groupe, avec une équipe, c'est vraiment gratifiant... » (Elsa, anatomo-pathologiste, salariée hospitalière).

4- Avoir débuté à l'hôpital

On l'a dit, tous ont été socialisés à leur profession dans le cadre de l'hôpital, dans des conditions évidemment variables – et difficilement contrôlables avec un échantillon de petite taille – selon leur génération, le statut qui a été le leur – interne ou non – et le(s) contexte(s) hospitalier(s) qu'ils ont connu(s) – un CHU n'est pas un centre hospitalier ordinaire. Mais ce qui se dégage de tous les entretiens c'est qu'il s'agit d'une expérience fondatrice très forte, dans laquelle s'exercent des rapports de domination – certains parlent même d'exploitation – des jeunes en formation de la part des « seniors » : des durées de travail extrêmement longues et mal rémunérées ne forment-elle pas des conditions d'apprentissage durable des conditions d'exercice qui seront les leurs, en libéral ou à l'hôpital ? Il faut ajouter que plusieurs d'entre eux, avant de pouvoir être rémunérés comme internes, ou comme « faisant fonction d'interne », ont occupé des emplois subalternes dans le travail de soins – brancardier, aide soignant(e), infirmier(e) – afin de pouvoir faire leurs études de médecine.

C'est en tous cas ce que suggère ce chirurgien âgé de 45 ans, en évoquant les contraintes auxquelles il est encore aujourd'hui soumis.

« Ça vous bride beaucoup, vous ne pouvez pas vous déplacer beaucoup...Enfin ici sur la Côte d'Azur au moins on a l'avantage d'avoir un cadre assez sympa, donc on peut être très près de la clinique tout en étant à la mer ou à la montagne à la limite...enfin la montagne c'est plus difficile parce que les systèmes de téléphone ça marche moins bien...mais oui ça modifie complètement le rythme de vie, mais on y était habitué, parce que quand on était hospitaliers, étudiants, internes, chefs de clinique, c'était déjà le cas, donc il n'y a pas de ruptures » (Eric, chirurgien libéral). Il se peut que les plus anciens – notamment les chirurgiens très attachés à l'idée que l'expertise professionnelle est proportionnelle au volume d'opérations effectuées – aient tendance à légitimer davantage cette expérience : socialement plus « normale » à l'époque, et sans doute parfois glorifiée par le recul de l'âge.

« Moi j'ai travaillé 96 heures par semaine quand j'étais à l'hôpital ; j'ai des souvenirs, quand j'étais interne, de ne pas être rentré chez moi de 4 ou 5 jours...on avait l'impression qu'on apprenait la chirurgie à ce prix, qu'on ne pouvait pas se dérober » (André, chirurgien, 55 ans).

« Comme interne, sans les gardes, on devait être à 8 000 F...On a considéré que compte tenu de la chance énorme que l'on avait d'apprendre notre métier durant les gardes, il n'était pas question qu'elles soient payées (...) On voulait sortir en sachant tout faire (...) Mais uniquement parce que les gens étaient passionnés : les internes étaient passionnés, les assistants étaient passionnés, les

infirmières étaient passionnées...parce qu'il y avait une ambiance extraordinaire. On ne comptait pas le temps. À l'époque, on était corvéables à merci » (Paul, chirurgien, 52 ans).

« C'était de la folie...on se faisait le week-end en entier, et le lundi on reprenait comme si rien ne s'était passé. Vous aviez travaillé 48 heures, bien ? pas bien ? je ne sais pas » (Jean, chirurgien, 50 ans).

« C'était particulièrement pénible puisque quand on était interne en réanimation on avait 15 jours de garde par mois, parce qu'on était deux, et c'était soit l'un soit l'autre. Voilà, donc ça n'était pas choisi par les internes en titre » (Alain, anesthésiste, 54 ans).

« Moi en étant faisant fonction d'interne, je me souviens de l'été 84, j'étais 15 jours de garde au centre des grands brûlés de Marseille au mois d'août...on était deux...et il n'était pas question qu'on refuse...oui à l'époque on arrivait le samedi matin et on repartait de l'hôpital le lundi soir, quoi. (...) Oui, c'était lourd...maintenant, vu l'évolution sociale, vu la société actuelle, ça paraît lourd, mais pour nous, à mon époque, je ne trouvais pas ça lourd puisqu'on apprenait des choses, c'était motivant » (Bruno, anesthésiste, 50 ans).

« J'ai gagné un peu de sous, à partir du stage interne, mais c' était pas bien payé, c'était 3 ou 4 000 francs à l'époque...et oui, c'était ça la rémunération de l'interne (...) Comme interne, on gagnait 7 000 F à l'époque, 8 000 F en 3^{ème} ou 4^{ème} année, mais surtout on gagnait avec les gardes, on était toujours de garde. Vous savez, à l'époque, les hôpitaux ne travaillaient qu'avec les internes : les internes en 3^{ème} ou 4^{ème} année, il n'y a que vous qui bossez, vous êtes toujours là dans le service, vous êtes toujours là à travailler, mes revenus je les doublais, facilement, puisque des gardes on en faisait 10 pas mois en réanimation à l'hôpital Bonnet, elles étaient de 1 500 F (Cyril, anesthésiste, 47 ans).

Malgré leur faible nombre, il semble bien que les plus jeunes aient moins volontiers accepté de telles conditions d'initiation au métier. Aux témoignages plus critiques de ces derniers, qui convergent avec le fait que plusieurs actions collectives d'internes en faveur du repos de sécurité et de meilleures rémunérations ont secoué les hôpitaux ces dernières années, il faudrait ajouter ceux des plus âgés qui n'hésitent pas à dénoncer la « culture 35 heures » des jeunes médecins et leur refus de s'orienter vers les spécialités les plus astreignantes.

« En fait...jusqu'à la 6^{ème} année j'étais externe, et je gagnais, je sais pas, 1 000 F par mois. Alors je faisais des nuits, même pas d'infirmière, d'aide soignante je crois, dans une clinique pour arrondir les fins de mois...je n'avais pas de bourse, mais mes parents m'aidaient (...) les chefs bossent aussi, ils ont leurs consultations très souvent, ils sont aussi surbookés...non, ils ont une activité clinique aussi dans les hôpitaux comme Valence, non, non, il n'y a pas de doute là-dessus...Mais en CHU ils s'enferment dans leur bureau, ils font leurs publications, on ne les voit plus...c'est pareil, ils sont...en fait ce qui compte pour eux, c'est pas tellement d'avoir une activité clinique pour être côtés, c'est d'avoir des publications ; il y a un chef de service qui allait jusqu'à dire « moi je peux opérer des malades, je peux en plier un sur deux, du moment que je publie, c'est bon, je suis chef de service... » Donc voilà, ils n'ont pas intérêt à...mais les assistants qui sont chefs de clinique en CHU, donc c'est eux qui ont la responsabilité de la formation des internes, eux c'est pareil, pour être praticiens hospitaliers, qu'est-ce qu'on leur demande, on leur demande des publications ; donc ils ne vont pas aller encadrer les internes (...) Un jour le chef de service, il a dit dans notre dos "de toutes façons, les internes, ça se plie » (Elsa, anatomo-pathologiste, salariée, hôpital, 38 ans).

« Ça m'est arrivé de faire, donc ma journée de travail, ma nuit de garde, et aux urgences c'est rarissime qu'on dorme plus de 3 heures, c'est vraiment plutôt intense, et le lendemain, enfin 8 heures/9 heures, de nouveau au boulot jusqu'au soir : je dois dire que le soir on n'est pas frais, et la journée qui suit la garde, on n'est pas frais non plus. Donc, ça vraiment, pour le patient et pour le

médecin, c'est une sécurité, c'est très, très bien. Vraiment je crois que dans le service public, ça c'est quelque chose de très bien qu'après une garde on se repose ; ne serait-ce qu'une matinée, mais qu'on puisse dormir, récupérer son temps de sommeil pour avoir les yeux en face des trous le lendemain ; ça je crois c'était une très bonne chose...(...) Alors externe, là aussi on a eu fait grève pour gagner un peu des sous ; avant on ne gagnait rien » (Joël, généraliste, 30 ans).

5- Exercer en libéral : une autonomie sous contraintes

On a vu sur quels registres, au nom de leur idéal libéral, les praticiens exerçant aujourd'hui sous ce statut critiquaient l'univers du salariat hospitalier. On a vu dans la seconde partie combien, pour autant, ils étaient également critiques sur l'ensemble de leurs conditions d'exercice professionnel. C'est que leur idéal libéral d'indépendance professionnelle se heurte également aux réalités qu'ils vivent. C'est sous l'angle plus précis de la dimension autonomie/contraintes que l'on rassemble les observations et matériaux qui suivent. Après avoir montré les différences qui peuvent séparer de ce point de vue les deux spécialités, étroitement associées en pratique, que sont la chirurgie et l'anesthésie/réanimation, on évoquera le cas exemplaire d'une néphrologue libérale confrontée à des contraintes de type « industriel », et l'enjeu constitué par le type de contrat reliant le spécialiste à l'établissement privé de soins.

« On fait ce qu'on veut ... mais... »

Nous retrouvons ici Eric, ce chirurgien dont on a vu plus haut qu'il était l'un des plus ardents défenseurs de la liberté de fixation du niveau des honoraires. Un autre extrait de l'entretien réalisé avec lui est significatif de cette conception, selon laquelle l'exercice médical s'apparente à une transaction ponctuelle sur un marché, il est vrai précise-t-il plus loin plus praticable en chirurgie que dans une médecine du type gynécologie, où la relation avec les patients suppose fidélisation, confiance, bref un lien interpersonnel de longue durée.

« C'est le principe de l'exercice libéral : le patient choisi son médecin, donc quand même en général il y a une sélection qui se fait...Mais le praticien il a le droit de choisir ses patients aussi : si ça ne colle pas bien avec certains types de patients, il n'est pas obligé d'avoir une activité suivie avec eux ».

Pourtant, la description d'ensemble de son activité est entièrement prise dans l'ambivalence entre l'indépendance revendiquée – l'idéal libéral – et le constat des liens de dépendance dans lesquels elle s'inscrit : dépendance à l'égard du type d'activité et des moyens techniques de l'établissement ; insertion dans un réseau de coopération avec d'autres spécialistes ; confrontation nécessaire au sein de la communauté des pairs ; astreintes temporelles.

« Je me suis installé comme spécialiste libéral dans la clinique, sans aucun lien ni de subordination ni de quoi que ce soit avec la clinique, ni avec qui que ce soit (...) Mais notre activité dépend aussi des possibilités de la clinique, du plateau technique, en plus de notre propre goût, donc il y a certaines choses qu'on est amenés à abandonner et certaines autres qu'on est amenés à développer (...) C'est la nature du spécialiste libéral en France, hein, on est par nature extrêmement indépendants, puisqu'on dépend de personne, ni de la clinique, ni de...enfin, on peut être associés, mais en général les spécialistes en France qui sont associés sont associés pour partager des moyens, de secrétariat, de matériel, mais en général ils restent malgré tout très indépendants. C'est l'essence même de l'exercice libéral en France. C'est pour ça que quand il y a des réformes qui veulent modifier un petit peu cela ça crée toujours un malaise, hein. Mais, ceci dit, on a l'impression d'être intellectuellement indépendants, mais en fait on dépend quand même étroitement de la clinique ; des confrères, un peu moins, mais enfin on travaille en réseau, hein, on travaille étroitement avec les confrères d'autres spécialités, notamment en cancérologie, donc là on n'est pas indépendants du coup, on participe à des

staffs d'oncologie où tous les dossiers par exemple sont mis en staffs, là on travaille vraiment en réseau. Et puis moi, pour la chirurgie pariétale, je dirais que quand on est un peu plus en pointe dans un domaine, et bien on donne soi-même l'impulsion, donc on ne dépend pas trop des autres, mais par contre on a besoin de confronter nos idées et de voir ce qui se passe chez les autres ; ça c'est ce que l'on fait quand on va en congrès... Alors après, il faut respecter l'astreinte de la clinique, un jour sur deux, donc je ne peux pas disparaître 2 mois, donc mon confrère ne peut pas prendre l'astreinte lui-même pendant deux mois. En théorie, on fait ce que l'on veut, en pratique on est quand même limités par ça. Après au niveau de l'activité, on est libres par rapport encore une fois au plateau technique de la clinique, on est libre de choisir ce que l'on veut faire... Alors, on est simplement astreints au service d'urgence, mais à part ça on fait ce qu'on veut » (Eric, chirurgien libéral).

Et c'est le même qui déplore... « l'individualisme des praticiens », lequel se traduit par le fait que les « aides opératoires » soient sous statut libéral et attachés à tel ou tel chirurgien, plutôt que salariés, ce qui faciliterait l'organisation de leur planning d'astreintes.

« Ça aussi, c'est quelque chose qui est très archaïque dans les établissements privés en France : chacun a ses petites habitudes (...) On n'a jamais réussi à mettre en place une structure permettant par exemple de salarier des aides opératoires qui assureraient toutes les astreintes. Donc chacun le fait de son côté, ça c'est très archaïque, parce que c'est pas pratique, et on se retrouve avec beaucoup d'aides opératoires d'astreinte en même temps ».

Un autre chirurgien insiste sur une autre forme de contrainte, celle de la « pseudo-économie » qui porte atteinte au principe sacré de la liberté de prescription, ajustée aux besoins toujours singuliers du patient.

« Donc l'économie, ou la pseudo économie, parce que là-dessus il y a de la politique, il y a de l'administration, tout ce qu'on veut, qui est venu régler et biaiser la discussion : normalement la décision médicale elle est issue du colloque singulier entre le médecin et le patient ; ça veut dire quoi ? ça veut dire que le médecin va adapter le traitement particulièrement bien adapté au cas tout à fait unique du malade. C'est ça, nous, ce qu'on nous a demandé de faire. Ca, on ne peut plus le faire » (Paul, chirurgien, libéral).

« Comme des salariés, sans les avantages »

Les anesthésistes réanimateurs sont nettement plus loquaces sur leurs collègues chirurgiens que l'inverse. Sans doute parce qu'ils héritent d'un lien historique de subordination de leur spécialité à l'égard de la chirurgie¹⁰, la nature de ce lien ayant pu cependant évoluer sensiblement ces dernières années. Toujours est-il qu'ils témoignent d'une sous-culture professionnelle revendiquant sa distinction d'avec celle des chirurgiens. Ces derniers sont volontiers comparés à des « artistes » du point de vue de leur « ego », plus « individualistes » que les anesthésistes-réanimateurs. Mais ces derniers, grâce à leurs pratiques plus collectives auraient pu inverser en partie au moins cette relation de subordination. Ils jouent sur ce qu'ils appellent leur « mercenariat » : non dépendants d'une clientèle, et ne pouvant pratiquement pas exercer en cabinet, ils peuvent, potentiellement, vendre leurs compétences à la clinique de leur choix. On comprend que certains acceptent volontiers de s'autodéfinir comme des « parasalariés ». Leurs formes d'autonomie sont affirmées alors sur un mode qui n'est pas sans rappeler les « Sublimes » du 19^{ème} siècle, ces ouvriers de métier dont l'indépendance se jouait dans la possibilité de dire non au patron et de circuler sur le marché du travail. Ainsi, d'un

¹⁰ Relations que l'on retrouve semble-t-il à l'hôpital : « Les chirurgiens se défaussent... mais là c'est pas la pénurie, c'est des habitudes, des mauvaises habitudes... vous avez des chirurgiens qui se défaussent, tout ce qui les emmerdent, ils le filent à l'anesthésiste : on le prend en général gentiment parce que c'est aussi une preuve d'estime, je veux dire, il ne faut pas oublier qu'ils nous confient leurs malades, nous ne sommes que des consultants finalement » (Anne, anesthésiste-réanimatrice hospitalière).

entretien à un autre auprès d'un anesthésiste, et d'un passage à un autre du même entretien, l'accent sera mis tantôt sur leur subordination relative au chirurgien (et à la clinique), tantôt sur leur autonomie relative à ce dernier, permise par leur organisation plus collective et leur indépendance par rapport à une clientèle singulière.

« C'est très difficile d'être dépendant d'un chirurgien...d'abord, les chirurgiens, en mode général, sont très individualistes, hein...Ils travaillent très peu en équipe, très, très peu...d'ailleurs quand il y en a plusieurs dans la même spécialité, ils développent des exercices complètement séparés, il y en a très peu qui sont en SCP et qui partagent les honoraires...ça tient à leur mode de formation, ça tient à leur ego, ça tient à leur *intuitu personae* vis-à-vis de la relation avec le travail...un peu comme des artistes, voilà ». – Avant, on disait que les chirurgiens avaient une position dominante dans le champ médical ? – « Hégémonique ? Et bien c'est devenu l'inverse...parce que comme lui, il est devenu individualiste, il s'est multiplié, alors que les anesthésistes se sont regroupés et les anesthésistes, comme ils occupent tout un tas de postes clé dans la clinique, c'est eux qui ont plus de pouvoir...si vous voulez, le chirurgien, il ne pourra pas aller contre l'anesthésiste, voilà...à mon avis, il faudrait vraiment qu'il y ait des très bonnes raisons bien motivées...Et puis bon, chacun a une responsabilité dans les soins du patient...nous, on est responsables de la vie du patient...Mais ça se passe plutôt bien ; oui, il peut y avoir des désaccords, sur l'opérabilité des gens, voilà, parce que souvent le chirurgien il voit son acte mais il ne voit pas la globalité de l'individu qui prend un risque certain, pour un bénéfice lié à un acte chirurgical qui peut le mettre en danger » (Bruno anesthésiste libéral).

« On est par définition interchangeable, on n'a pas de relation affiliée avec un malade : nous, on est prestataires de services ; autant un chirurgien peut avoir un malade qui le suit, autant nous c'est pas vrai, quoi. Donc il faut que ce qu'on trouve sur une feuille d'anesthésie sur un dossier puisse se trouver de la même manière entre les mains d'un des praticiens (...) Je crois que eux ils ont moins cette interchangeabilité ; il y a un rapport quand même qui est plus personnalisé, hein...et on se rend compte que l'absence trop répétée...en fait ils sont peut-être plus astreints à la tâche que nous, sinon ils perdent leur clientèle » – Peut-on ne pas s'accorder avec des chirurgiens ? « On peut tout à fait...c'est évident, c'est même assez fréquent ». – Sur les rapports entre anesthésistes et chirurgiens : c'est toujours à l'avantage du chirurgien ? – « Oui, il l'est toujours...je ne veux pas faire de la philosophie ou de la psychologie à la petite semaine, mais on sent quand même d'une manière générale chez le chirurgien une certaine satisfaction de sa personne on va dire, comment on pourrait dire, conscient de sa valeur si vous préférez. Il y a peut-être davantage d'humilité chez nous, peut-être davantage de remise en cause : il y a un problème, est-ce que j'y suis pour quelque chose et en quoi pourrais-je y remédier ou aurais-je pu y remédier ? » (Denis, anesthésiste, libéral).

« Même si maintenant les salaires sont plus élevés qu'à mon époque, les salariés, et bien on n'est pas libres, quoi. Même si moi, je ne suis pas libre aussi, puisque j'ai un contrat avec la clinique ». – Vous ressentez aussi certaines formes de subordination dans le libéral ? – « Si, bien sûr...la subordination vis-à-vis du tarif, vis-à-vis des chirurgiens aussi, parce que bon, il faut quand même, c'est très difficile de travailler avec une personne qu'on ne supporte pas, quoi, ça c'est pas possible...c'est très difficile de travailler avec une personne dont on n'a pas confiance...Moi, j'ai eu quelques expériences, même ici, il y en a eu, avec des gens en qui je ne faisais absolument pas confiance...donc oui, c'est difficile là : la liberté qu'on a, c'est de dire : je ne veux pas travailler avec toi ». – On le fait, on peut le faire ? – " hah oui...oui quand même...Après, la subordination, elle est vis-à-vis du chirurgien, c'est-à-dire que le chirurgien il part en vacances quand il veut...ben nous, on ne peut pas partir quand on veut ;.. vous comprenez ?...on est quand même un peu...bon, demain matin, je vais venir travailler avec un gastro-entérologue, et bien de temps en temps, il dit : et bien je prends un WE, je ne viens pas ce samedi... et bien, ce samedi, je lui dis : merci de m'avoir averti, parce que si tu m'avais averti un peu plus tôt, peut-être que j'aurais pu un peu m'organiser pour faire quelque chose...mais bon, ça se passe en général, bien...La subordination avec les directeurs de clinique...c'est important, jusqu'à certaines années, ils attendaient qu'on fasse rentrer les sous, et puis ils nous prennent quand même un certain pourcentage de nos honoraires...oui, on s'est bagarré, on avait fait une grève importante, en 90, moi

je n'étais pas là : en 90, ils ont arrêté de travailler pendant 15 jours parce que la clinique leur demandait un reversement de 10 % des honoraires, et que eux, les médecins, ils avaient estimé que 5 % étaient largement suffisant » – Pourtant, il semblerait que le pouvoir politique s'oriente aujourd'hui vers moins de service public ? » ...en médecine, non...ils veulent avoir le beurre et l'argent du beurre : ils veulent que les médecins restent libéraux, mais on est pas tellement libéraux puisqu'on a une convention avec les caisses et que nos honoraires sont bloqués ou... » – Vous vous considérez comme « para-salariés » en quelque sorte ? « Oui, sans en avoir les avantages, quoi ; on en a tous les inconvénients, sans les avantages : c'est-à-dire qu'on nous limite les revenus, on veut nous limiter nos revenus, dans nos prescriptions, dans notre métier, mais on ne veut pas nous donner davantage d'avantages » (Bruno, anesthésiste libéral).

« Des contraintes de toutes façons, vous en avez. Vous avez le compte rendu d'activité de la sécu, vous êtes fliqués à n'en plus pouvoir, hein ; on sait tout, hein, vous ne pouvez pas raconter de bobards à quiconque : on sait exactement quelle est votre activité en pourcentage, sur les enfants de moins de 16 ans, les enfants de moins de 4 ans...on peut tout vous sortir...S'il vous arrive d'avoir un accident d'anesthésie pour une technique ou une pratique que vous n'avez pas, je sais pas, sur les petits enfants par exemple, on viendra vous demander pourquoi. Tout se sait, quoi » (Denis, anesthésiste, libéral).

Libérale sous contraintes « industrielles » de rentabilité

Clara exerce comme néphrologue libérale dans un centre de soins privé spécialisé dans le traitement du diabète, géré par une très importante société par actions. Selon elle, la pression à la rentabilité économique qui s'y exerce se traduit par une « industrialisation » du soin, le rôle du médecin étant d'optimiser le flux de la clientèle sur les postes de dialyse. On comprend qu'elle prenne une certaine distance avec une auto-définition comme « libérale », sans toutefois penser que les généralistes en cabinet soient nécessairement moins contrôlés dans leur activité.

« La pression économique, bien sûr, elle existe ; il faut absolument...comment ils appellent ça, c'est un langage industriel, donc...il faut absolument traiter le soin comme un objet industriel...C'est-à-dire, la journée commence c'est top départ, on a tel type de matériel, tel type de matériel lourd, de matériel léger, de consommables, on peut utiliser ce qui nous est fourni par la société en question ; ensuite, la façon dont on va l'utiliser doit être bien codifiée, planifiée, etc...voilà, le personnel doit être géré d'une certaine façon, la formation du personnel doit se faire sur un certain temps, etc, etc. Et les médecins sont là à la fois pour amener une clientèle, de façon à nourrir de façon permanente les postes de dialyse...c'est un langage, c'est peut-être choquant, mais c'est un langage strictement industriel ». – Dans tout cela, est-ce que l'aspect « libéral » du médecin n'est pas un peu amputé ? « ha tout à fait, tout à fait...absolument... » – Ne pensez-vous pas que le généraliste, par certains aspects, a plus de marge de manœuvre ? « là j'en doute, hein, j'émets des réserves...Je pense que le généraliste aussi actuellement, il est quand même contraint par les caisses d'assurance maladie...Oui, nous avons les mêmes contraintes à ce niveau-là... » – Mais en plus vous avez la contrainte des investisseurs ? – « voilà, respecter les recommandations professionnelles, il faut rendre des comptes actuellement aux diverses caisses d'assurance maladie en ce qui concerne les prescriptions de génériques ou en ce qui concerne certains types de prescriptions, etc...donc à ce niveau-là, je ne pense pas que le médecin généraliste dans son cabinet se sente tout à fait libre de son mode de travail...Oui, je pense que c'est vrai pour tous les médecins. Et il n'est pas dégagé non plus des contraintes, si ce n'est pas une société anonyme qui gère son cabinet, il est quand même, lui, obligé de gérer son cabinet et il a peut-être les contraintes bancaires à côté » (Clara, néphrologue, libérale).

Des « contrats d'exclusivité » vers des « contrats de service »

Plusieurs de nos interlocuteurs enfin nous ont fait état d'un changement important dans le type de contrat qui les lie à l'établissement de soins : les « contrats de service » sont plus précaires et

réversibles que les traditionnels « contrats d'exclusivité », au travers desquels il était très difficile pour une clinique de se séparer d'un médecin. Cette évolution a peut-être à voir avec l'évolution tendancielle du type d'actionnariat dans les cliniques commerciales, avec le passage de médecins, ou de regroupements de médecins, à un actionnariat « anonyme ». Ces deux évolutions combinées ne vont-elles pas dans le sens du glissement du statut libéral des médecins qui y exercent vers un statut de type « para-subordination » ?

« Maintenant, les cliniques, elles ont racheté tous les contrats, et elles font des contrats d'exercice, ce qui fait que, quand elle a envie de se débarrasser d'un médecin, c'est beaucoup plus facile : il y a une clause, c'est un contrat renouvelable tous les deux ans ou tous les ans, et s'il y a quelqu'un qui pète un plomb, que ce soit un chirurgien ou un anesthésiste ou n'importe qui, la clinique ne va pas attendre la mort du médecin... parce que le mec qui pète un plomb, tout ce qu'il veut, c'est des sous » (Cyril, anesthésiste, libéral).

« On est en société, en SCP, donc il y a un contrat entre la société et la clinique ; les praticiens sont interchangeables au sein de la société ; moi je suis associé officiellement, on a signé devant notaire... pas d'exclusivité... pour partir, c'est 6 mois de préavis » (Denis, anesthésiste, libéral).

Conclusion de la troisième partie

Tous les médecins ont une expérience du monde hospitalier : c'est le lieu même de leur socialisation professionnelle, expérience fondatrice au cours de laquelle se forment leurs formes spécifiques et durables de disponibilité temporelle. Tous ceux que nous avons rencontrés en font ainsi une description plus ou moins fouillée, même s'ils s'en sont éloignés totalement et depuis longtemps. Le poids des spécialistes exerçant sous statut libéral dans notre échantillon s'y traduit par la prépondérance d'une vision très critique de cet univers, lequel s'oppose trait pour trait au modèle idéal de l'exercice libéral qui les mobilise. Les quelques hospitaliers interviewés sont nettement plus nuancés et n'hésitent pas à « renvoyer l'ascenseur » à leurs collègues du secteur privé. Mais les conditions concrètes de l'exercice professionnel qui sont celles des libéraux se révèlent bien éloignées de leur idéal libéral, en témoigne la déploration des multiples contraintes qui pèsent sur leur autonomie. Cette déploration prend cependant des accents variés, allant des revendications classiques du libéralisme fondatrices du corps médical, à la dénonciation des logiques d'industrialisation de la « patientèle » sous contrainte de l'actionnariat de la clinique. Les anesthésistes-réanimateurs, plus organisés collectivement et moins captifs d'une clientèle, se distinguent nettement des chirurgiens, qui demeurent dans notre échantillon les plus attachés aux pratiques et à l'idéologie de l'exercice libéral individuel.

Quatrième partie : Enjeux temporels et types de profils professionnels

Dans cette dernière partie, après avoir donné quelques points de repères sur les profils sociaux de nos dix-sept médecins, nous distinguons cinq types de profils socioprofessionnels à partir desquels on cherche à rendre intelligibles les dynamiques des temps travaillés au cours de la vie. On organise la présentation de chacun de ces types autour d'un ou deux « portraits » plus précis.

Le premier est celui des chirurgiens. Ce sont quatre hommes de plus de 45 ans, qui exercent tous en libéral. Leur carrière est construite en trois temps : la séquence hospitalière, suivie d'une séquence de disponibilité temporelle extensive au travail, puis de stratégies ou de projets de réduction individuelle du temps de travail. La totalité du travail domestique est assuré ou organisé par leur conjointe.

Le second est celui des anesthésistes-réanimateurs exerçant en libéral, cinq hommes de plus de 45 ans. Leur carrière tend à s'organiser sur le même schéma que le précédant mais les modes d'association avec des collègues de la même spécialité sont plus systématiques – ils sont nettement plus interchangeables que les chirurgiens, très spécialisés – ce qui leur permet de libérer des plages de temps plus nombreuses au mi-temps de leur cursus professionnel. La totalité du travail domestique est également assuré ou géré par leur conjointe.

Le troisième est celui des médecins salariés exerçant une activité de soin. Deux sont des hospitaliers en fin de carrière : une femme anesthésiste, et un homme chef de service en médecine tropicale. La troisième est une psychiatre exerçant à la fois comme salariée dans plusieurs organismes, et en cabinet. Ces deux femmes sont parvenues à conjuguer carrière et vie familiale dès leur période de formation – la première au prix d'efforts peu communs – grâce à une organisation domestique rigoureuse soutenue par des aides extérieures au ménage, mais avec également une culpabilité importante par rapport à leurs enfants. On rapprochera de ce cursus une femme néphrologue exerçant en libéral qui a longtemps visé une carrière hospitalière et qui s'est retrouvée sous ce statut par défaut.

Le quatrième est celui de deux femmes médecins salariés n'exerçant pas d'activité de soin : une est « DIM » dans une clinique privée, l'autre est anatomo-pathologiste en centre hospitalier. Elles sont à temps partiel et dans une attitude de mise à distance du travail très nette eu égard à la plupart de leurs collègues.

Le cinquième est celui de deux jeunes généralistes débutant comme remplaçants sous statut libéral, immédiatement après leur formation en hôpital. Le premier met la qualité de vie au rang de ses priorités, il prépare une installation en zone rurale, en association avec un collègue afin de bénéficier de temps libre ; la seconde est une musicienne pour qui l'exercice de la médecine à temps partiel est un moyen de vivre et de tenter de professionnaliser sa véritable passion.

1- Profils sociaux des 17 médecins

Les informations recueillies au cours des entretiens permettent de décrire les origines géographiques et sociales, les modes d'orientation vers les études de médecine et vers les spécialisations en cours de formation initiale, les cursus professionnels et le contexte familial actuel – situation des conjoint-e-s et des enfants- les loisirs. Compte tenu de la petite taille de l'échantillon, ces données sont purement indicatives, mais elles aident à situer nos enquêtés au sein de la profession.

À l'image de la population active qualifiée de la région PACA et, plus largement, méridionale, les flux en provenance des régions situées plus au Nord sont importants : 11 ne sont pas originaires de la région. Seulement deux sont originaires d'Île-de-France.

Les origines sociales sont dans l'ensemble relativement modestes. Si aucun n'a un père ouvrier ou employé, seulement 4 sont de milieu parental cadre ou profession intellectuelle supérieure – dont un seul enfant de médecin : Jean –, 5 sont fil-le-s d'indépendants, – commerçant, agriculteur ou petit patron – 4 ont un père militaire ou gendarme¹¹, 1 est fils de pasteur, 1 de profession intermédiaire. La moitié seulement des mères avaient une activité professionnelle, et pas plus chez les médecins de sexe féminin. Phénomène associé à ces origines modestes, assez nombreux (n=6) sont ceux qui n'ont pas pu compter uniquement sur l'aide de leurs parents, qui ont bénéficié de bourses et/ou ont dû commencer à travailler au cours de leurs études, y compris dans des emplois subalternes des établissements de la santé : brancardiers, aides soignant-e-s, infirmiers.

Cette double caractéristique géographique et sociale des origines confirme que nous ne sommes pas ici en présence de la fraction dominante du corps médical, mais plutôt d'une fraction intermédiaire : ce sont presque tous des spécialistes (n=14), ayant réussi l'internat (n=9) ou passé un CES (n=6, dont un interne) ; les trois seuls généralistes sont une femme médecin DIM ayant débuté très tard dans la vie active après avoir élevé ses quatre enfants, et deux jeunes généralistes effectuant des remplacements en libéral, saisis un an auparavant, au moment de l'enquête de la Drees, comme externes hospitaliers.

Résultat étonnant, très peu nombreux sont ceux qui se sont orientés vraiment positivement vers les études de médecine : ils sont seulement quatre, dont trois ayant fait, enfant, des séjours prolongés en milieu hospitalier pour y recevoir des soins. Tous les autres se sont orientés vers ces études par défaut, par hasard, ou, plus rarement, sous influence parentale.

Quant au choix de la spécialisation, tous insistent sur le rôle du hasard des rencontres avec la personnalité charismatique du « patron », de la découverte de services plus dynamiques ou accueillants que d'autres, du compagnonnage. C'est, par exemple, en « faisant fonction » de chirurgien que l'on découvre son intérêt pour cette spécialité.

La situation des conjointes et des conjoints clive très nettement les médecins selon leur sexe. Un seul des 12 hommes vit seul. Sur les 10 conjointes dont nous connaissons la situation, trois sont au foyer et deux travaillent à temps partiel. Cinq seulement travaillent donc à temps plein, deux comme infirmières, une comme formatrice, une comme cadre et une seule comme médecin libérale. Deux des cinq femmes médecins vivent seules et les trois autres sont en couple avec des hommes travaillant à temps plein soit comme médecin libéral (n=2), soit comme cadre. Ces indications sont très probablement cohérentes avec des données plus vastes sur les médecins. Nous avons eu l'occasion de les mettre en évidence à propos des cadres : les cadres de sexe masculin ont des conjointes relevant de professions moins qualifiées dans l'ensemble que les cadres de sexe féminin¹². Et ces dernières ont des carrières plus discontinues et bien plus souvent marquées par le passage à temps partiel que leurs collègues masculins.

Quand ils nous disent qu'ils ne souhaitent guère voir leurs enfants s'orienter vers la médecine, il semble bien que les orientations universitaires et professionnelles de la descendance confirment leur dire : sur 17 enfants dont les orientations scolaires sont avancées ou l'insertion professionnelle réalisée seulement deux sont dans le domaine de la santé (une radiologue et une infirmière)¹³.

¹¹ Ce nombre important de pères militaires s'était retrouvé dans les origines sociales des infirmières. Correspond-il à une réalité statistique plus large propre aux professions de la santé ?

¹² P. Bouffartigue et C. Gadea, *Sociologie des cadres*, La Découverte, 2000.

¹³ Là encore il serait intéressant de tester la réalité du phénomène sur une population plus nombreuse de médecins.

Enfin les activités de loisirs déclarées s'éloignent des stéréotypes en vigueur : seulement un(e) possède un bateau de plaisance et deux pratiquent le golf. Tous les autres ont des pratiques individualisées compatibles avec leurs lourds horaires de travail et leurs situations fréquentes d'astreintes : vélo, tennis, marche, gymnastique, jogging, menuiserie, facteur d'orgues...

2- Chirugiens libéraux

On pourrait distinguer les chirurgiens libéraux de leurs collègues anesthésistes exerçant sur le même mode sous trois points de vue, dont il conviendrait évidemment de confirmer la validité dans une enquête de plus vaste dimension. Ayant tous fait l'internat, ils sont restés plus longtemps hospitaliers. Ils n'ont pas connu d'autre séquence professionnelle entre l'hôpital et leur activité présente. Et, moins systématiquement organisés collectivement pour l'exercice de leur spécialité, ils parviennent moins à libérer des plages régulières de repos.

Ces trois spécificités ont probablement à voir avec l'enjeu spécifique que représente pour eux la spécialisation au sein de la spécialité chirurgicale. Les quatre cas rencontrés se sont plus ou moins précocement spécialisés dans un domaine particulier : chirurgie de la main, chirurgie vasculaire, chirurgie du membre inférieur et chirurgie viscérale. L'espace des établissements de soin et des « postes » possibles au moment de leur installation est donc objectivement plus étroit. Si André s'est installé, a créé et développé un centre entièrement lié à sa propre spécialité, – ce qui lui a permis de s'associer un nombre croissant de collègues et de partager de manière croissante le temps d'astreintes lié aux urgences – c'est le cas dont nous avons choisi de faire un « portrait » – les trois autres ont au mieux un seul « associé », en plus de l' « aide opératoire » ou « instrumentiste » qu'ils emploient. La manière dont ils régulent leur temps de travail et dont ils envisagent de le réduire dans la dernière séquence de leur carrière est donc différente.

Paul, 52 ans, exerce en libéral depuis 15 ans, après avoir été hospitalier une douzaine d'années. Son dernier poste était celui de « praticien hospitalo-universitaire ». Il s'installe en achetant à la fois « la moitié de la clientèle » du chirurgien digestif en poste, et des « parts » de la clinique (SARL et SCI). Actionnaire minoritaire toutefois, il sait qu'il ne pèsera pas lourd si le capital de la clinique change de main. C'est le seul chirurgien vasculaire de la clinique, il a ces dernières années renoncé à travailler à son domicile sur des publications scientifiques. Si sa spécialité est l'une de celles « qui obligent à se lever la nuit » – les risques de complications ne peuvent attendre – l'établissement est dominé par une activité de « chirurgie lourde et réglée » et se caractérise par une « petite clientèle » dans une « petite ville ». Cela lui permet à la fois de limiter les périodes d'astreintes – seulement un jour fixe par semaine et 1 week-end sur huit – et de « jongler » avec un « tableau opératoire très souple ». Il a ainsi pu s'organiser non seulement pour pratiquer un sport, le vélo, 5 heures par semaines dans les moments libérés, mais aussi par prendre en charge ses deux enfants une semaine sur deux dans le cadre d'une garde alternée. D'ailleurs il ne déclare qu'une moyenne hebdomadaire de 40 heures par semaine dans le questionnaire. À court terme il envisage de s'associer avec un autre chirurgien – « c'est la seule manière de soulager les contraintes des gardes dans cette spécialité » – même s'il sait que cela suppose une progression du « chiffre d'affaires ». Et, à plus long terme il entend créer un « centre leader » appuyé sur sa « notoriété internationale » personnelle et/ou bénéficier à l'avenir des brevets qu'il dépose dans le cadre de son activité de développement pour essayer d' « arrêter la chirurgie » et d'éviter de « claquer sur l'établi » avant l'âge de 65 ans.

Jean, 50 ans, chirurgien orthopédiste, s'est installé en libéral lui aussi il y a quinze ans. Ce passage a eu lieu au terme d'une dizaine d'années de travail comme hospitalier, où il était parvenu dans le poste d' « assistant chef de clinique ». C'est un de ceux qui ont encore « un pied dans l'hôpital » puisqu'il y intervient trois demi-journées fixes par semaine : il le justifie par des liens affinitaires et par l'accès à une activité différente, de « chirurgie chaude », d'urgences. À la différence du précédent

il n'achète aucune part de l'établissement privé, mais utilise un « contrat d'exercice »¹⁴ qui correspond, selon lui, au « rachat des astreintes » liées aux urgences. Il est d'ailleurs très hostile à la « confusion des genres » observable dans d'autres cliniques entre « affaires » et « médecine ». Il débute donc comme « orthopédiste d'urgence », activité qu'il cèdera 10 années plus tard à un autre orthopédiste avec lequel il s'associe. Depuis 4 ans, il ne prend plus les « gardes », et toute son activité en clinique est « réglée » : « c'est un peu le cursus de tout le monde, au début on prend les gardes, et puis on les laisse ». Cette association accentue sa spécialisation de fait : « *En vieillissant vous avez une certaine clientèle qui vient pour des trucs que vous connaissez bien, donc ça vous pose beaucoup moins de problèmes. Et lui, il va faire le membre supérieur, moi je ne ferai que le membre inférieur* ». Cette association ne se traduit par aucune interchangeabilité, mais par un élargissement de la clientèle : son but n'était pas d'optimiser son temps de travail, jugé convenable depuis la fin des astreintes. Il déclare tout de même une cinquantaine d'heures hebdomadaires, ne parvient à pratiquer son loisir, le golf, qu'une fois tous les deux mois, et ne dit pas un mot au cours de l'interview des activités de sa troisième épouse. L'association entre les deux chirurgiens sera peut-être renforcée prochainement sous la forme de la création d'une société pour mettre en place un « centre » spécialisé, si possible au sein de la clinique. Le but est double : « ne pas s'enterrer » sur le plan professionnel ; et réaliser une plus value lorsqu'il approchera de l'âge de 65 ans afin d'avoir les ressources suffisantes pour cesser son activité.

Eric, 45 ans, chirurgien viscéral spécialisé sur la paroi abdominale, exerce dans une clinique depuis une dizaine d'années, après un cursus hospitalier qui l'a conduit à un poste d' « assistant chef de clinique ». Il y rachète une « présentation de clientèle » lors de la succession d'un chirurgien décédé peu de temps auparavant. Cet établissement a le statut d'« UPATOU », il est donc soumis à l'accueil des urgences, et la clientèle n'est pas très différente de la clientèle hospitalière. Il n'a pas d'associé, mais il se partage les astreintes – « *un jour sur deux, un week-end sur deux, et une nuit sur deux* » – avec le second collègue de la même spécialité. Même s'il estime à seulement 10 % des 600 opérations qu'il effectue annuellement la part des urgences « *ça modère complètement le rythme de vie* », et il déclare faire une moyenne de 60 heures. Il ne parle ni de loisirs, ni de vie familiale : on sait seulement que sa femme est cadre dans la communication et qu'elle a interrompu son activité pendant quatre années à la naissance du second enfant. Sa lassitude perce dans l'entretien : « *il y a quand même peu de professions où vous êtes à la merci de n'importe qui ou de n'importe quoi la moitié de votre vie (...) avec le temps, on voit de plus en plus les inconvénients. On se dit qu'on ne peut pas trop profiter d'un certain nombre de choses à cause des inconvénients du métier* ». Dans l'immédiat il n'a aucun projet concret d'évolution de son activité qui permettrait un aménagement de son temps de travail, en dehors « *d'essayer d'intégrer la profession dans ses modes de vie* » en profitant de quelques congrès à l'étranger pour « *un peu s'ouvrir l'esprit* ». Mais c'est moins sur les astreintes temporelles que sur la dégradation de la relation contribution/rétribution qu'il insiste dans l'entretien, selon un credo très libéral, qu'on a déjà évoqué plus haut : dénonciation de la gestion technocratique de la santé, par opposition au modèle de référence marchand – libre choix réciproque des malades et des médecins sur la base d'un affichage des prix, librement fixés eux aussi – sous-rémunération scandaleuse des actes etc.

Enfin on a choisi de présenter de manière plus détaillée le « portrait » d'André, 56 ans, chirurgien de la main. En effet son entretien est particulièrement significatif des modes de régulation du temps de travail au fil de la carrière qui sont ceux de chirurgiens spécialisés.

¹⁴ Dont on a déjà dit qu'à la différence du « contrat d'exclusivité », il était plus facilement révoquant par la direction d'un établissement privé.

André, 56 ans, chirurgien de la main

Il s'est installé en libéral après un début de carrière hospitalière assez long (14 ans). Il a créé avec un associé cette clinique spécialisée, qui s'est depuis développée en tant que « centre d'excellence », puisqu'elle compte maintenant 6 chirurgiens. Père militaire et mère au foyer, rien ne le prédisposait à devenir médecin. Mais c'est un de ceux qui a connu l'hôpital enfant : sa vocation à « réparer les polytraumatisés » y a pris naissance à l'âge de 10 ans à l'occasion d'une fracture de la jambe, occasionnant trois opérations : « *j'ai eu peur de boiter toute ma vie : remettre sur pied les gens c'est pas mal comme métier* ». C'est avant même l'internat que son orientation vers la chirurgie se précise, puisqu'il opère en tant que « faisant fonction d'interne ». Devenu assistant dans un service d'orthopédie traumatologique ; il prend des gardes en systèmes d'urgences en orthopédie : « *C'est là où j'ai pris une option plus tardive et plus personnelle et que j'ai dévié vers la chirurgie de la main...Les motivations de ce choix, c'est purement initialique j'ai rencontré un type brillantissime qui était chirurgien de la main, qui était intéressant alors que les autres l'étaient moins et qui m'a passionné, j'ai eu envie de prendre sa suite, il allait partir à la retraite et m'a dit : " si tu viens, je te forme et tu prends ma place "...la médecine c'est un système un petit peu compagnonnage* ». En conflit avec son chef de service, il part une journée par semaine « respirer » en exerçant dans une clinique mutualiste.

C'est faute de pouvoir développer un centre spécialisé en urgences dans ce domaine au sein du centre hospitalier – il se heurte alors au pouvoir du directeur de l'hôpital –, et tout en conservant son activité dans l'établissement mutualiste, qu'il décide de créer une clinique privée, avec un collègue chirurgien de la même spécialité, sur le modèle des « hand centers américains ». « *Il y a trois sociétés : il y a une société de médecins, avec des chirurgiens et des anesthésistes dédiés, qui ne font que ça ; il y a une société de kinésithérapeutes qui ne fait que ça, la chirurgie de la main ; et il y a une société d'infirmiers qui ne fait que ça, que des pansements. Ces trois sociétés sont regroupées dans une SCM qui loue les locaux...quand vous sortez, vous avez tout...Donc on a un peu copié ce système où les gens trouvaient sur place toutes les spécialités dont ils avaient besoin* ». C'est le développement de l'activité de la clinique dans son unique domaine de spécialisation qui va permettre progressivement le recrutement de plusieurs associés, et partant, le partage du temps d'astreintes entre un nombre croissant de chirurgiens, au sein de cet établissement qui a acquis le statut de POSU (« Pôle opérationnel spécialisé d'urgence »). Les inconvénients potentiels d'une spécialisation excessive du praticien – « *quand j'étais jeune je faisais un peu de tout, mais actuellement je serais incapable de faire une prothèse de genou ou une gastrectomie correctement, je savais faire ça il y a 20 ans, je ne sais plus le faire* » – sont plus que compensés par la coopération des spécialistes en direction d'une clientèle élargie « *On est six chirurgiens, on va en prendre un septième, et on réduira les astreintes...on partage les astreintes entre le nombre de chirurgiens qu'on est...la garde elle est permanente : il y a 30 jours par mois, pour l'instant on les divise par 6, bientôt on les divisera par 7 et un jour on les divisera par 8...la garde c'est 24 heures/24, toute l'année. Donc les petits jeunes, les petits derniers arrivés, ils se prennent Pâques et Noël, comme d'habitude, et puis après on se répartit le reste (...) et puis hier soir, il y avait un concert, j'ai demandé à un copain de me remplacer, j'ai échangé ma garde contre une autre garde pour pouvoir aller à mon concert (...) un centre de la main comme le nôtre marche d'autant mieux et est d'autant plus confortable qu'on est nombreux. Je veux dire, notre société, dès qu'on commence à gagner un peu d'argent en ville, plutôt que de gagner plus d'argent on prend un associé ; et le fait de prendre un associé, ça fait que le dynamisme de l'ensemble s'accroît et le nombre de gardes diminue d'autant. Et je veux dire, quand on aura pris le septième, moi je vais me préoccuper de chercher un huitième et ainsi de suite, parce que véritablement...si on était restés à deux comme on a commencé, et bien on serait morts : on était de garde un jour sur deux et un WE sur deux, et un Noël sur deux ; et quand l'un partait en vacances l'été, l'autre il faisait un temps plein jours et nuit, 24 h/24, c'était de la folie* ».

C'est donc principalement le recul de la composante « astreintes » dans son temps de travail qui a permis à André de mieux maîtriser ce dernier, même si l demeure élastique, entre 40 heures « *si je me débrouille bien* » et 60 heures « *si je me débrouille mal* ». À 56 ans il n'a d'autres projets professionnels que d'associer quelques collègues supplémentaires à cette clinique afin d'améliorer sa qualité de vie à l'approche de l'âge de la retraite, « *à 65 ans, si c'est pas plus* ». Ses trois enfants sont grands, aucun n'est ou ne sera médecin. Comme lui était « *tout le temps pris* », son épouse a dû arrêter son métier de pasteur, « *à sa grande tristesse et à ma grande tristesse. Ça lui a manqué terriblement* », même si elle a conservé une activité religieuse. Quant à lui, il a choisi de consacrer principalement ses loisirs, aux côtés de la pratique musicale, à une activité sans aucune contrainte de temps, celle de la fabrication d'orgues.

De religion protestante, il se définit comme « *un socialiste qui vit à droite* ». Il légitime ainsi le maintien de son activité au sein de la clinique mutualiste, « *sans être à proprement parler un fanatique du système mutualiste* ». Deux des grands thèmes sensibles chez les médecins libéraux se retrouvent dans son discours, de manière le plus souvent nuancée toutefois : la judiciarisation excessive (« *on dérape vraiment vers une médecine juridique* ») ; les effets pervers de la gratuité des soins (« *Je n'ai que des ennuis avec les "CMU"* »). Par contre il n'évoque pas celui de la dégradation des revenus.

Les deux principaux points sur lesquels le questionnaire Drees paraît défailtant eu égard à ses pratiques sont le temps de travail, plus élastique que ce qu'il a déclaré, et son activité de formation de jeunes chirurgiens.

Concernant le temps de travail, il se trouve qu'André est ce médecin qui a été saisi deux fois, sur chacun de ses lieux d'exercice, par l'enquête. Il a déclaré 4 heures dans la clinique mutualiste, et 40 heures dans l'autre. Cette réponse correspond à ce qu'il nomme le « prévu », par opposition à ce qui se passe « en fait », compte tenu des aléas qui sont ceux d'une activité chirurgicale particulièrement complexe. En fait c'est « *un peu plus, avec des dérapages aussi...normalement ce qui doit se finir à 6 heures et demie se finit souvent à 9 heures, quoi...oui, mais ça on ne peut pas le compter, ça n'existe pas (...) 40 heures, c'est ce qui est prévu..., la cause de dérapage principal sur les horaires, c'est l'urgence : vous recevez une implantation de main, vous n'allez pas compter vos heures, hein...donc vous finissez quand...ça dure 12 heures une implantation de main, entre 8 et 12 heures* ».

L'activité de formation n'est pas déclarée dans le questionnaire : il reçoit des stagiaires et des thésards dans sa clinique qui est réputée comme centre d'excellence, mais ils ne peuvent légalement, être des internes, ni opérer. Seuls le peuvent de jeunes chirurgiens « remplaçants », mais qui ne sont pas non plus officiellement et formellement en formation.

3- Anesthésistes réanimateurs libéraux

Spécialité beaucoup plus jeune que la chirurgie, l'anesthésie/réanimation s'est développée dans une relation de subordination à cette dernière. Il en reste de nombreuses traces dont tous les intéressés font état. Ce n'est sans doute pas un hasard si ces derniers sont nettement plus bavards sur les chirurgiens que l'inverse. Comme s'ils définissaient leur identité professionnelle en « miroir », « contre » celle des chirurgiens. Si on en croit les anesthésistes, les chirurgiens sont « individualistes », ont un gros « ego », sont attachés à une clientèle personnelle (et plus ou moins à un établissement), ne voient pas le patient dans sa globalité et ont tendance à prendre trop de risques. Eux travaillent plus collectivement, sont plus « humbles », n'ont pas de clientèle ni d'attache définitive avec un établissement, – ce sont, disent-ils, des « mercenaires » – accordent plus de prix à la sécurité des patients, dont ils ont une approche plus globale. Mais les évolutions intervenues au cours des vingt dernières années au sein du contexte technique et juridique et de la division du travail médical chirurgical semblent avoir modifié sensiblement cette donne. Le pouvoir relatif des anesthésistes s'est consolidé, et les relations paraissent aujourd'hui plus équilibrées.

La persistance des représentations ci-dessus s'ancre toutefois dans l'objectivité des cursus et des pratiques : passage moins systématique par l'internat et moins long en moyenne en milieu hospitalier ; expériences professionnelles plus nombreuses entre la sortie de l'hôpital et l'établissement privé actuel ; spécialisations moins poussées¹⁵ ; associations plus systématiques au sein de collectifs de pairs permettant une meilleure maîtrise du temps de travail et des périodes de repos plus fréquentes.

Un seul s'est pendant un temps spécialisé dans la réanimation et les soins intensifs. Les quatre autres sont restés des anesthésistes largement polyvalents, même si l'un travaille plutôt dans le domaine, très large en fait, de la chirurgie digestive et orthopédique – et un autre a pris des responsabilités gestionnaires croissantes au sein de la clinique.

Alain, 54 ans, marié à une formatrice travaillant à temps partiel, a exercé comme réanimateur l'essentiel de sa carrière, avant de « lâcher pour être beaucoup plus au bloc ». Le développement de l'acharnement thérapeutique confronte en effet à des « missions impossibles », et à des tensions croissantes avec les familles. En fait c'est une véritable crise personnelle qu'il a vécue à l'âge de 39 ans, quand ses interrogations sur l'utilité de sa spécialité se sont conjuguées avec la mort de son père... « en réanimation » précisément. Il a alors pris une année sabbatique, et s'est formé en économie de la santé. Après un début de carrière significatif et l'obtention d'un CES – il n'a pas passé l'internat – en milieu hospitalier, où il finit comme assistant, et devant la non-reconnaissance du « mérite » dans la carrière à venir, il a « l'opportunité de création d'un service de réanimation dans une toute nouvelle clinique privée ». Pendant un temps il cumule cet emploi avec des vacances hospitalières et fait des semaines de 120 heures. Le nombre d'associés s'accroît jusqu'à sept, la fréquence des gardes et des astreintes devient moindre. Depuis six ans il a intégré une autre clinique qu'il définit comme un « petit hôpital », accueillant donc des urgences. Il y est associé à d'autres anesthésistes et il y travaille de manière préférentielle au « bloc ». Il n'a plus que quatre journées de gardes – chacune étant suivie d'une journée de repos – et quatre journées d'astreintes par mois, et bénéficie d'une semaine complète de repos chaque mois. Ses semaines fluctuent ainsi de zéro heure – mises à profit pour faire du VTT ou des randonnées, ou pour « dépanner » des collègues en faisant quelques remplacements – à 80 heures de travail, ce qui l'a amené à déclarer « 45 heures » dans le questionnaire. Ses perspectives sont d'aller vers un « travail plus aménagé » afin de « prendre sa retraite de son vivant », à l'aide du plan d'épargne qu'il a engagé.

¹⁵ L'un des anesthésistes explique de manière très directe le lien entre le degré de spécialisation et l'état du marché du travail : après un temps où se multipliaient les associations de spécialisation, du type « anesthésie et réanimation chirurgicale », « réanimation médicale » etc, la « guerre universitaire a pris fin » et l'accord s'est fait pour le label plus général d' « anesthésie/réanimation » devant la nécessité d'organiser les tours de garde dans les établissements.

Cyril, 47 ans, marié à une infirmière travaillant à temps partiel le matin et selon des horaires fixes, quitte l'hôpital, jugé « *trop lourd* » dès la fin de son assistantat. Il n'a connu depuis qu'une seule clinique, avec laquelle il bénéficie depuis 14 ans d'un « contrat d'exclusivité ». Il sait que cette formule est en perte de vitesse : « *Maintenant, les cliniques, elles ont racheté tous les contrats, et elles font des contrats d'exercice, ce qui fait que, quand elle a envie de se débarrasser d'un médecin, c'est beaucoup plus facile* ». Depuis 14 ans les deux principaux changements dans son rythme de travail sont liés à la diminution de ses vacances hospitalières, qui sont des « gardes » de réanimation, et à la fermeture de la maternité rattachée à la clinique privée¹⁶. Cette dernière s'est traduite par le recul de son temps d'astreintes et de gardes : ne reste, aux côtés de l'activité réglée, qu'une activité de « petites urgences ». Mais comme il n'a pour l'instant qu'un seul associé, il est d'astreinte la moitié du temps. Il déclare alterner des semaines de 52 heures et de 46 heures, en cohérence avec ses réponses au questionnaire. Il ne parvient à prendre que deux fois une semaine de congés, et ses loisirs sportifs se réduisent à la pratique épisodique du tennis les week-ends où il n'est pas d'astreinte. L'arrivée prochaine d'un troisième associé va lui permettre de souffler un peu plus : « *on va prendre, comme tout le monde, des vacances* ». Il sait qu'il pourrait quitter cette clinique en cas de besoin, vu la pénurie générale dans sa spécialité, mais la question ne se pose pas parce qu'elle est très dynamique. Comme tous ses collègues, il « voit mal » le passage à la retraite et la prépare avec force épargne.

Denis, 45 ans, dont l'épouse est femme au foyer, est celui qui bénéficie du temps de repos le plus important : 17,5 semaines par an. Après 25 années comme « réanimateur polyvalent » dans l'armée, il exerce quelques mois comme remplaçant afin de découvrir le statut libéral et de trouver une situation qui lui convienne : il cherche à s'associer avec « *des collègues qui soient rigoureux, fiables et honnêtes, avec lesquels on puisse parler d'une seule voix, puisqu'on est par définition interchangeables (...)* On est les prestataires de services ». Il est ainsi installé depuis 4 ans dans une clinique dépourvue de maternité et de réanimation, et où les urgences sont rares, au travers d'un simple « contrat de service », qui peut être rompu au terme d'un préavis de 6 mois. Les trois anesthésistes s'organisent pour se répartir les périodes d'astreintes et de repos. Cela se traduit par le rythme suivant : une semaine de 85 heures, une semaine de 65 heures et une semaine de repos. S'il parvient à prendre trois semaines consécutives de congés annuels en famille, la plupart des autres moments de repos ne donnent guère lieu à des voyages – les enfants sont scolarisés – ni à des loisirs. Denis compte bien quant à lui prendre sa retraite à 60 ans, c'est le seul. Il est vrai que cette perspective, comme son rythme de travail plus entrecoupé de repos que celui de ses collègues, renvoient à son cursus professionnel antérieur : retraité de l'armée, il peut cumuler une pension avec un revenu libéral plus modeste.

Fred, 59 ans, est le seul de nos médecins de sexe masculin dont l'épouse exerce également la médecine, qui plus est à temps plein et dans la même spécialité. Il est vrai qu'elle n'est pas libérale mais hospitalière. Il a eu deux enfants avec une première conjointe, enseignante, mais il ne les a pas élevés, et le nouveau ménage n'a pas d'enfants. Il est parvenu mieux que d'autres à réguler son temps de travail : il déclare ne faire que 45 heures par semaine en moyenne, et n'est d'astreinte que six jours par mois. Après une première expérience difficile en libéral – il travaillait dans une clinique minée par les conflits internes et des pratiques douteuses de chirurgiens, et ne pesait guère sur les choix -, il exerce à présent dans une autre clinique. La maternité y a été fermée. Il y travaille de moins en moins comme anesthésiste et de plus en plus comme gestionnaire : installé dans cet établissement en 1981, il entre dans son CA en 1982, devient directeur adjoint en 1987, puis actionnaire majoritaire et enfin PDG. Son travail de gestion représente maintenant le tiers de son temps et le quart de ses ressources. Ce type de cursus peut donc se lire comme un double mouvement d'allègement progressif des sujétions temporelles propres au métier, et d'accès à la sphère décisionnelle de l'établissement.

¹⁶ Phénomène apparemment assez généralisé, puisqu'il a été connu par exemple trois des cinq anesthésistes libéraux, la fermeture des « petites maternités » dont l'activité a été jugée insuffisante.

On développe ci-dessous le profil de Bruno, assez typique des anesthésistes réanimateurs de l'enquête.

Bruno, 51 ans anesthésiste/réanimateur libéral

Il s'est installé en libéral assez tard, à l'âge de 39 ans, après une expérience hospitalière plutôt longue. Depuis, il exerce en libéral, au sein d'un collectif de quatre associés, dans une clinique en proie à quelques difficultés financières, qu'il aimerait bien quitter si ses contraintes familiales – enfants en fin de scolarité, épouse captive de son emploi – ne lui rendaient pas l'opération délicate. De parents agents immobiliers « aisés », c'est par l'intérêt pour la psychanalyse et la psychiatrie qui se révèle au lycée qu'il s'orientera vers la médecine. Ayant échoué à l'internat il rencontre les deux « maîtres » qui l'initient à la spécialité, le premier l'ayant pris « sous son aile ». Il prépare son CES en « faisant fonction d'interne » et commence ainsi à gagner sa vie à l'âge de trente ans. Avec son CES en poche il est nommé « assistant », puis il réussit le concours de « praticien hospitalier », et il occupe ce poste pendant 6 ans. Comme la plupart de ses collègues, il quitte l'hôpital pour une double raison : la différence de revenu entre les deux modes d'exercice était très sensible il y a une douzaine d'années ; et le monde hospitalier est « lourd », et on y exerce finalement peu : « *je m'ennuyais* ».

Sollicité par trois collègues exerçant en clinique, il s'y associe en versant 900 000 F. de participation au contrat d'exclusivité qui les lie à l'établissement, somme qu'il remboursera en 7 ans. « *Je leur ai payé à tous les manques à gagner qu'ils allaient avoir, en fait : c'est-à-dire qu'ils avaient partagé le chiffre d'affaires et ce qu'ils faisaient à trois ils l'ont partagé en 4, ça faisait une somme, et je leur payais la différence(...) les 3 anesthésistes avaient l'exclusivité de toute l'anesthésie de la clinique, ça protège un minimum en disant que n'importe qui ne peut pas venir(...) Et nous avons fait un règlement entre nous 4, un règlement de fonctionnement sous seing privé, partageant le temps de travail, et en partageant le temps de travail ça nous permet de partager les honoraires* ». Ce mode de régulation collective du temps de travail est d'ailleurs l'un des arguments forts qui le fait volontiers accepter. « *L'autre avantage ici, enfin ce qui m'a fait venir ici plus qu'ailleurs, c'est qu'on avait décidé de travailler trois semaines et de s'arrêter une semaine ; et l'été on avait décidé qu'on prendrait 3 semaines minimum de vacances chacun...Oui, dans l'année, ça nous fait 12 semaines. C'était important pour moi, ça, c'était une condition...Au bout de 3 semaines – à l'époque on avait une maternité ici, maintenant on n'en a plus – quand vous saviez qu'une nuit sur 4 vous alliez être debout, la quatrième semaine était appréciable* ». Il refuse d'ailleurs de s'occuper de la petite activité de réanimation de l'établissement afin d'être « *tous les soirs chez moi* ». Mais jusqu'à la fermeture, de la maternité, il y a trois ans, les urgences sont limitées, et les astreintes de nuit étaient réparties entre les quatre, au rythme d'une nuit sur quatre. Depuis, le rythme est le suivant : une semaine d'astreinte, une semaine de repos, et deux semaines normales, soit 12 semaines de repos par an. Si la norme est celle du repas-plateau vite avalé à midi, c'est aussi celle de départs désormais réguliers à 18 h 30. Comment sont utilisées ces semaines libérées ? En fait elles sont loin d'être entièrement consacrées au repos, aux loisirs, ou même à « *voir grandir les enfants* ». « *Je fais un peu de sport, je fais du golf, je m'occupe de mes papiers pendant cette semaine-là, de ma comptabilité...Ben j'ai un comptable, mais enfin il faut lui préparer, il faut vérifier comment ont été payés les actes, il faut écrire au TASS, à la CPAM, il faut faire les papiers de la maison, il faut gérer tout ça, il faut aller à la banque, les machins, etc...choses que je ne peux pas faire pendant trois semaines où je travaille, je n'ai pas le temps...je le fais cette semaine-là, qui est une semaine où on est plus libre parce qu'on n'a pas le souci de se réveiller pour être à 8 heures à boulot...si on a un souci c'est parce qu'il faut amener, à l'époque, le gamin à l'école...voilà, je fais ça, sinon qu'est-ce que je fais comme autre activité, je m'occupe...je fais partie d'un club du Lions', cette année j'étais président* ».

C'est un de ceux qui exprime le plus clairement la situation de « subordination » dans laquelle se trouve l'anesthésiste, expression qu'il reprend volontiers à l'enquêteur : « *Subordination vis-à-vis du tarif, vis-à-vis des chirurgiens aussi, parce que...c'est très difficile de travailler avec une personne qu'on ne supporte pas, quoi, ça c'est pas possible...c'est très difficile de travailler avec une personne dont on n'a pas confiance...Moi, j'ai eu quelques expériences, même ici, il y en a eu, avec des gens en qui je ne faisais absolument pas confiance...donc oui, c'est difficile là : la liberté qu'on a, c'est de dire : « je ne veux pas travailler avec toi (...) Après, la subordination, elle est vis-à-vis du chirurgien, c'est-à-dire que le chirurgien il part en vacances quand il veut...ben nous, on ne peut pas partir quand on veut* ».

Inquiet quant à l'avenir de son établissement – en cas de rachat par une autre clinique, il n'est pas sûr de pouvoir être ré-associé – il surveille les évolutions du « paysage » local des cliniques : actuellement aucun poste ne s'offre à lui. Il aimerait bien changer de région – il a une opportunité d'emploi dans une clinique dans les Landes – mais sa famille n'y est pas favorable, et il devrait payer une somme d'argent et il craint de perdre la totalité des fonds qu'il a investis dans cet établissement. Quant à l'hôpital, il le regretterait presque quand il compare l'évolution de ses revenus avec ceux des hospitaliers. Il a bien envisagé une reconversion partielle en médecine, mais il faudrait pouvoir libérer du temps. Heureusement l'intérêt du travail le fait encore tenir, même si une part excessive de son activité – comme les coloscopies – est jugée « *sans rien d'intéressant* ».

En attendant la retraite – pas avant 65 ans – il consacre une partie de son temps et de son énergie à l'action syndicale pour le passage en secteur II de sa spécialité, juste reconnaissance à ses yeux des 12 à 13 ans d'études qu'elle suppose.

4- Médecins salariés ayant une activité de soin

On sait que l'hôpital est le premier employeur de médecins salariés, et que ces derniers sont plus souvent des femmes que les médecins libéraux. On va illustrer cette donnée en présentant principalement deux trajectoires de médecins hospitaliers. La première est celle d'une femme faisant partie de la génération des pionnières, à la fois comme anesthésiste et comme femme médecin. Ayant assumé parallèlement son rôle maternel – elle a eu quatre enfants – on comprend que son récit emprunte souvent la forme de l'épopée. La seconde est celle d'un spécialiste en maladies tropicales qui a choisi beaucoup plus tôt la carrière hospitalière, en l'occurrence hospitalo-universitaire. En tant qu'homme, dont la femme s'est consacrée au foyer, il n'a pas eu à déployer autant d'énergie sur le double front domestique et professionnel, et il est devenu chef de service à l'âge de 54 ans. On évoquera plus rapidement deux autres cas : celui d'une psychiatre exerçant principalement comme salariée mais en dehors du monde hospitalier, et celui d'une néphrologue qui a longtemps espéré faire une carrière hospitalière avant de se résigner à exercer sous statut libéral.

Anne, 60 ans, anesthésiste hospitalière

Mariée à un pharmacien, elle a fait toute sa carrière dans le monde hospitalier tout en ayant eu quelques expériences d'exercice en libéral. Un des intérêts de son cas est que ces expériences alimentent un discours de légitimation de son choix du salariat hospitalier. N'y entrent jamais des considérations relatives aux horaires de travail ni à d'autres « avantages sociaux ». Au centre : la question du risque thérapeutique et juridique, dont on a vu combien elle était au cœur de l'expérience des conditions d'exercice professionnel de la plupart de nos médecins.

Issue d'un milieu social aisé – son père était industriel – mais fragilisée par des faillites et la séparation des parents, elle souhaite être ingénieure physicienne mais sa mère lui dit « *ce n'est pas un métier de fille* » : « *c'est comme ça que je suis tombée en médecine ce qui était un peu bizarre parce que vraiment à cette époque-là, la médecine, non plus, ce n'était pas un métier de femme* ». Ce projet lui tient à cœur si on en croit le récit épique qu'elle nous fait de ses conditions d'étude. Sa bourse prenant fin au bout de deux ans, elle doit travailler tout en étudiant. « *J'ai fait ouvreuse de cinéma et j'étais l'après-midi et le soir au cinéma et évidemment le soir, je dormais sur le radiateur dans les stages puisqu'on avait déjà des stages hospitaliers en première année. Et donc je n'étais plus boursière et je ne pouvais pas faire autrement et après, donc j'ai repassé la 3^e fois ma 1^{ère} année que j'ai eue enfin mais qui m'a sucré toute possibilité d'externat et d'internat puisque c'était les notes de 1^{re} année qui comptaient pour faire l'externat donc je n'ai pu présenter aucun concours. J'étais éliminée d'office... Il aurait fallu que je réussisse brillamment ma première année et en travaillant, c'était difficile... À l'époque, il n'était pas bien vu de travailler. Nous avions un professeur de chimie qui nous avait dit en pleine classe que si on n'avait pas les moyens, il ne fallait pas faire médecine* ».

Dès l'âge de 21 ans elle se marie avec un étudiant en médecine, qui, en échec, se replie quant à lui vers des études de pharmacie. Il deviendra pharmacien, activité prenante également mais plutôt moins que celle de sa femme. Elle a ses deux premiers enfants alors qu'elle n'est qu'en quatrième et cinquième année. « *Donc y avait un enfant, un examen que j'arrivais pas à... Et puis après mon mari a été incorporé... dix jours après la naissance de son deuxième enfant. Il était brancardier 2^e classe... Je me suis retrouvée avec pas un rond et deux enfants dont un qui avait onze jours et l'autre un an et onze jours, et puis pas de métier. Mais heureusement comme je venais de redoubler ma quatrième année, on m'a autorisée à prendre un poste de faisant fonction d'interne à A.. Donc moi j'habitais loin.. J'avais eu un HLM, un quatre pièces, et je voulais surtout pas le lâcher. Donc je partais à Abbeville, j'étais de garde un jour sur quatre. Donc, j'hospitalisais mes enfants un jour sur quatre* ». Le choix de sa spécialité n'est pas sans rapport avec sa situation de jeune mère de famille, puisqu'elle y voit la possibilité d'échapper au rythme qui est celui du médecin généraliste libéral de ville. « *C'est vrai que ça a été très dur. En premier 8 ou 10 gardes par mois. Je sais pas comment on fait ça... Je sais pas comment j'ai fait mes trois ans d'anesthésie avec les gosses. J'avais quand même deux petits, j'en ai eu deux autres depuis, mais ceux-là.. et puis en plus ils faisaient de la musique, ils faisaient du sport... je ne sais pas comment je faisais ; et en plus, mon mari – je suis toujours mariée, nous avons 40 ans de mariage demain – mais je veux dire, les hommes c'est pas pareil, quoi ; surtout les hommes de cette génération étaient encore moins actifs que ceux peut-être de maintenant* ».

Une fois son CES obtenu, elle combine un temps travail hospitalier et remplacements en libéral. Pratique illégale mais tolérée vu le manque d'anesthésistes. Outre l'intérêt financier, elle y voit la possibilité d'exercer sa curiosité et de ne pas rester « *confinée à l'hôpital* », avec l'hyper spécialisation qui vous y guette. « *Ça fait 22 ans que je suis en urologie, ...heureusement, moi j'ai fait des gardes en chirurgie cardiaque.. il y avait moyen de se diversifier un petit peu, mais ce qui est un peu agaçant à l'hôpital, c'est que vous vous figez assez vite, et après, ben ma foi si vous ne bougez pas, vous pouvez vous confiner dans votre poste, c'est un peu désagréable ; et l'avantage comme je disais, moi j'ai un diplôme qui me permet de faire n'importe quelle anesthésie, et j'adorais en ville, faire une thyroïde le matin, faire un intestin l'après-midi, en passant par l'ongle incarné ou l'amygdale... je veux dire c'est ça qui était intéressant : alors c'est vrai qu'aussi, quand vous faites quelque chose sans arrêt, vous êtes plus savant sur ce que vous savez ; mais nous, notre spécialité c'est quand même l'anesthésie-réanimation, c'est pas la chirurgie ; cela dit, je suis persuadée qu'il n'y a pas de bonne anesthésie réanimation si on ne connaît pas la chirurgie correspondante* ». Si elle choisit de rester à l'hôpital, c'est qu'« *on peut y travailler en sécurité* ». « *L'hôpital, ça nous permet de garder notre quant à soi. Alors on peut le garder bien ou moins bien, mais ça nous permet de ne faire que ce qu'on estime juste et bien, et de demander éventuellement si on n'a pas les conditions nec plus ultra. Il ne faut pas oublier que moi, quand je faisais les remplacements en ville, on se déplaçait sur plusieurs cliniques. On lâchait le malade pour aller dans une autre clinique, et le malade était à peine réveillé, il n'y avait pas de salle de réveil ; et les infirmières, elles n'étaient pas préparées à surveiller des réveils. Les accidents qu'il y a eu à cette époque, et il y en a eu beaucoup, je veux dire on était très stressés... Et à l'hôpital, justement, on pouvait travailler en sécurité, on a installé les premières salles de réveil etc. Et je me disais, à l'hôpital, on avance ; alors qu'en ville, le rendement passe devant et quelque part, ça me gênait ça. L'hôpital, pour moi, c'était un non-rapport à l'argent d'abord et une distance prise avec les malades qui nous permettait peut-être d'effectuer notre travail en toute sécurité et de pouvoir avancer quand même dans des cas plus graves, et de progresser* ». Si cette description fondamentalement positive de l'univers hospitalier la sépare de tous ses collègues exerçant en libéral, elle se rapproche d'eux sur d'autres sujets sensibles, notamment la montée des exigences des patients et le recul de la relation de confiance.

Elle y restera et y fera carrière, avec des horaires, des astreintes et des gardes, qui n'ont rien à envier à ses collègues libéraux, même si depuis peu le « *repos de sécurité* » – « *une merveille* », bien que le manque de personnel le rende peu appliqué – vient de changer la donne. Estimant avoir eu une « *vie dure* », elle critique les plaintes excessives à ses yeux des nouvelles générations de soignants. Elle regrette surtout de s'être insuffisamment occupée de ses deux premiers enfants : « *ce métier, il m'a quand même coûté pas mal de choses* ». Aucun des quatre ne sera médecin : elle assume le fait de ne guère avoir fait auprès d'eux l'éloge de son métier. Inquiète pour l'avenir de la spécialité – elle craint un « *retour en arrière* » vers l'époque de ses débuts où elle n'était exercée que par des infirmiers – elle vient de demander à passer à temps partiel à partir de 60 ans en vue d'un passage progressif à une retraite totale vers 62-63 ans. Si elle l'obtient, ce départ un peu plus précoce sera l'une des distinctions principales entre elle et ses collègues masculins.

Louis, 59 ans, chef d'un service de médecine tropicale en CHU

Fils de commerçant, il perd son père assez jeune. Il sera boursier les trois premières années en faculté puis subviendra progressivement à ses besoins. À la fin de ses études secondaires, attiré plutôt par la géographie et l'agronomie, il « *opte au dernier moment* » pour les études de médecine, sous l'influence d'un cousin qui était assistant en gastro-entérologie : « *il m'a en quelque sorte parrainé* ». Ses facilités en physique lui permettent d'entrer en médecine au terme de deux années de « PCB ». D'emblée sa perspective est l'hôpital et l'internat, avec une spécialisation en médecine tropicale. Il sait déjà que cette spécialité – intitulée aujourd'hui « maladies tropicales et infectieuses » – ne s'exerce guère en libéral, et qu'elle ne fait pas partie des « grandes spécialités », les plus courues et les plus sélectives¹⁷. Il réussit l'internat, statut sous lequel il fait son service militaire en coopération au Mali pendant deux ans. Ce sera la première de ses deux expériences africaines.

À son retour il est nommé « assistant de recherche en parasitologie », passe son doctorat, et devient « assistant chef de service peu après », à l'âge de 31 ans. On sait que c'est à partir de ce poste que les autres spécialistes devenus libéraux quittent le monde hospitalier. Ce ne sera pas son cas. Au contraire il approfondit sa spécialité dans un contexte hospitalo-universitaire : il part en Centrafrique huit ans en tant que « chef de travaux » – équivalent de « maître de conférences » aujourd'hui – et occupe en même temps les fonctions de vice doyen d'une toute nouvelle faculté de médecine. Cette expérience, passionnante selon lui, achèvera de l'ancrer dans la carrière hospitalière. Il s'est marié peu de temps avant de s'expatrier, « assez tard » – il avait 34 ans – ; sa femme secrétaire-voyagiste, a renoncé à toute activité professionnelle. Deux filles naissent à cette époque. À son retour en France il est nommé « chef de travaux » dans un petit hôpital (60-70 lits) spécialisé dans son domaine. Il sera amené à le défendre, en vain face à la politique de restructuration. Il reconnaît que cet établissement était vétuste, sans véritable plateau technique sur place, donc pas mal de déplacement des malades vers d'autres sites. À la fin des années 1990 l'établissement est fermé, et le service transféré dans un CHU. Il est alors nommé chef de service P.U.P.H. (« professeur d'université praticien hospitalier »). Cette nouvelle fonction est très prenante, l'activité de gestion y devient centrale : il est vrai que ses responsabilités s'exercent sur 25 malades, 10 médecins, une quarantaine d'infirmières et d'aides soignantes. C'est pourquoi depuis quelques mois il a obtenu de devenir « adjoint chef de service », afin de se consacrer davantage à la recherche et à la promotion institutionnelle de son équipe de recherche, objectif pour lui central pour sa fin de carrière.

La durée moyenne de séjour des malades dans le service s'établit dans la moyenne de l'hôpital (5-6 jours). Les trois grandes pathologies sont le SIDA, le paludisme, les pneumopathies. Les urgences sont assez rares. Louis décrit son service comme relativement lourd, mais bénéficiant d'une bonne ambiance et d'une stabilité du personnel. Son activité s'organise selon quatre pôles : la clinique, la gestion, l'enseignement et la recherche. La description qu'il fait de son emploi du temps est assez cohérente avec ses réponses au questionnaire, où il avait déclaré 70 heures au cours de la semaine précédente. Il arrive chaque jour au CHU vers 8 h 30, rentre chez lui vers 19 h 30, dîne, puis reprend son travail lié à l'enseignement et à la recherche de 21 à 24 heures. Il vient en général le samedi à l'hôpital, mais il parvient à prendre 24 heures de repos « autour du dimanche ». Les astreintes à domicile viennent d'être réduites à une semaine sur huit, grâce à un recrutement. Par contre il fait plus de 20 missions par an sur Paris –où il siège dans des commissions en tant qu'expert auprès du Ministère de la santé, par exemple dans le domaine du conseil aux voyageurs. Il part également à l'étranger 5 ou 6 fois par an pour participer à des colloques. Il apprécie la journée de tourisme qui leur est généralement associée. Il ne prend que trois semaines de congés l'été, et une semaine l'hiver. Et « *l'administration ne nous compte pas de RTT (aux chefs de service), elle considère que nous ne sommes pas concernés* ». Les autres médecins parviennent à prendre leurs jours de RTT.

Certaines des préoccupations de ses collègues libéraux sont présentes chez Louis, mais de manière atténuée : c'est le cas de la judiciarisation, puisqu'il vit aussi la croissance du nombre de procès, et en a connu personnellement cinq dans sa carrière. Par contre il met nettement moins en avant les questions de revenu : il estime toucher 50 000 F. par mois, dont 25 000 au titre de son activité d'enseignant-chercheur, et 25 000 au titre de la clinique. On sait que moitié de ce revenu est sous forme de primes. Il considère qu'il vit assez modestement, d'autant plus qu'une partie significative de ses revenus lui servent à financer ses déplacements professionnels. Mais son mode de vie semble assez austère, il n'a pas d'autres loisirs que les promenades, son existence semble entièrement consacrée à son travail hospitalo-universitaire. Ses préoccupations se portent davantage actuellement sur son activité de chercheur, consacrant beaucoup d'énergies pour obtenir la reconnaissance institutionnelle de son équipe de recherche.

Concernant ses dernières années de vie professionnelle – il ne prendra pas sa retraite avant l'âge de 68 ans, afin de ne pas connaître trop tôt une importante chute de revenu - il aimerait repartir dans un pays du tiers-monde, si possible en Asie, mais sa femme n'y est pas favorable.

Il est très attaché au service public de santé, hostile à toute présence du secteur privé de consultation en milieu hospitalier et considère que les années 1990 ont été celles des « *intégristes des restructurations hospitalières* ». Il n'est pas trop inquiet pour le devenir de sa spécialité : les jeunes médecins qui l'ont choisie et qui ne pourront devenir chefs de clinique ont la possibilité de se tourner soit vers l'étranger, soit vers les maladies nosocomiales.

¹⁷ Il y aurait une vingtaine de médecins spécialisés en maladies tropicales en France, tous se connaissent. Le déclin de cette spécialité en Métropole s'explique avec l'évolution des flux migratoires. D'où le regroupement avec les maladies infectieuses, de manière à peser davantage dans les luttes entre domaines médicaux au sein de l'institution.

À 60 ans, Marie est, comme Anne, une femme médecin parmi les pionnières de sa génération, et qui a su cumuler elle aussi carrière professionnelle et vie familiale, avec trois maternités... au prix de la même culpabilité : « *je ne me suis pas assez occupée d'eux* ». Mais si son récit n'a rien d'une épopée, c'est qu'elle s'est orientée vers une spécialité traditionnellement plus féminisée, la psychiatrie, et qu'elle a pu prendre appui sur des ressources parentales et matérielles nettement plus solides. Son mari est cadre de gestion dans une organisation d'employeurs, mais il a aussi dirigé une clinique. Elle vit d'ailleurs dans une résidence de haut standing et c'est la seule à posséder un yacht. Elle dit « adorer » son métier, qu'elle exerce dans quatre contextes différents –, en tant que salariée dans trois organismes, et dans son cabinet, en libéral – ce qui lui permet de mettre à distance les conflits internes à chaque lieu. Dans sa spécialité on est particulièrement préparé à affronter le risque thérapeutique et juridique, ce qui explique sans doute, outre le statut principalement salarié sous lequel elle exerce, que c'est l'une de celles qui accorde le moins d'importance à ce thème. C'est aussi une de celles (celles) dont la durée cumulée du temps de travail est la plus modeste, avec 45 heures environ, un week-end qui commence le vendredi après-midi, et six semaines de congés annuels.

Si on a enfin choisi d'évoquer le cas de Clara, 55 ans, veuve, parmi les médecins salariés, c'est que tout dans son profil la prédisposait à une carrière hospitalière. Elle valorise nettement plus le statut d'hospitalière que celui de libérale, et c'est faute d'avoir trouvé un poste sur place – elle avait été nommée dans un hôpital situé à 1 000 km de la région où elle vivait avec son conjoint, lui-même médecin – qu'elle se résigne à travailler en libéral dans ce centre privé de dialyse. Elle appréciait les aspects protecteurs de l'hôpital face aux responsabilités écrasantes des médecins, « *une certaine tranquillité* », un rythme de travail permettant une « qualité de vie », des possibilités plus grandes de départ en formation. Elle critique par contre vertement le mode de gestion très « industriel » de son établissement, dicté par la firme propriétaire – qui l'a racheté aux médecins qui la détenaient –, dont les intérêts sont très liés à la filière technologique de la dialyse. « *Il faut absolument traiter le soin comme un objet industriel. C'est-à-dire, la journée commence, c'est « top départ », on a tel type de matériel, tel type de matériel lourd, de matériel léger, de consommables, on peut utiliser ce qui nous est fourni par la société en question ; ensuite, la façon dont on va l'utiliser doit être bien codifiée, planifiée, etc...Voilà, le personnel doit être géré d'une certaine façon, la formation du personnel doit se faire sur un certain temps, etc, etc. Et les médecins sont là à la fois pour amener une clientèle, de façon à nourrir de façon permanente les postes de dialyse...c'est un langage, c'est peut-être choquant, mais c'est un langage strictement industriel* ». Elle parvient tout de même à limiter son temps de travail à 45 heures par semaine, mais elle commence à fatiguer et se verrait bien à temps partiel à partir de l'âge de 60 ans.

5- Médecins sans activité de soin

Deux médecins n'ont pas d'activité de soin, ni même de contact direct avec les patients. On sait que c'est dans ce segment du corps professionnel que la féminisation est la plus élevée. Il est vrai que c'est la partie la plus réglée de l'activité médicale, et qui échappe à la logique des urgences, donc celle dans laquelle la régularité des horaires, leur proximité de la norme sociale de durée hebdomadaire, et les possibilités de prendre régulièrement congés et repos sont les plus grands.

Les deux cas présentés illustrent cette situation, à bien des égards atypique dans le champ médical. C'est surtout le cas de Laure, qui exerce comme médecin « DIM » dans une clinique privée, activité de contrôle administratif des actes médicaux. Ayant interrompu toute pratique médicale dès la fin de sa formation pour se consacrer pendant une quinzaine d'années à ses quatre enfants, elle ne commence véritablement à exercer avec le titre de docteur à l'âge de 47 ans. N'ayant aucun goût particulier pour le soin, travaillant, à temps partiel, principalement pour améliorer les ressources du ménage et par sens de sa dette à l'égard de la société qui lui a permis de faire ses études, elle entretient une relation instrumentale à son activité.

Laure, 54 ans, Médecin DIM salarié en clinique privée

Les médecins DIM sont encore fort rares. Rares également sont les médecins qui n'ont pas exercé entre la fin de leurs études et l'âge de...47 ans. Que dire donc de ceux qui cumulent ces deux caractéristiques. Pourtant, compte tenu de son sexe et de sa génération, le parcours de Laure n'apparaît, *a posteriori*, pas si improbable : mariée à un médecin libéral, et ayant fait le choix d'élever ses quatre enfants, s'étant retrouvée dans cette filière par une influence parentale – « *comme j'avais des facilités pour apprendre* »¹⁸ – et non motivation personnelle, n'ayant aucun goût spécifique pour le soin, elle se retrouve donc dans un poste technico-administratif sans aucun contact avec les patients. Elle est ainsi dans une relation très instrumentale et distante à son travail : elle ne croit pas aux vertus de cet outillage administratif énorme, contrairement à certains médecins DIM. Elle dit qu'elle aurait aimé être sage-femme – jamais gynécologue-accoucheur –, qu'elle a envisagé de prendre cette voie quand elle a décidé de reprendre une activité, mais elle ne bénéficiait d'aucune équivalence. Elle a également envisagé à cette époque de faire une spécialisation en gérontologie, mais cela aurait supposé un temps d'étude à temps plein.

Derrière cette trajectoire personnelle, il y a une trajectoire sociale bien typée : fille de « missionnaires » en Nouvelle Calédonie - père pasteur et mère infirmière et institutrice, fille d'une fratrie nombreuse, elle n'est pas mobilisée par des valeurs matérielles mais humanistes et humanitaires : ce qui l'intéresse c'est « l'humain » – elle regrette le temps, pas si lointain selon elle où les futurs médecins devaient avoir un bac philosophie –, d'avoir sa maison grande ouverte et s'enrichir au contact des autres. Elle est très critique sur ses collègues médecins de cette clinique – elle n'en fréquente aucun –, vus comme des « irresponsables », et plus largement sur l'évolution de la formation médicale, réduite à un bachotage. Elle cite l'exemple de chirurgiens qui ne connaissaient rien en asepsie, et pour qui le patient – ou du moins la partie à opérer – est un objet. Son discours critique déborde d'ailleurs la profession pour toucher à des évolutions sociétales plus larges. Elle pense que ses collègues médecins DIM sont soit des « *fruits secs* » – des gens en échec –, soit des « *fous de l'informatisation* ».

Pendant ses études de médecine elle a son premier enfant. C'est son mari qui va en cours et prend des notes, ce qui lui permet à elle de s'occuper de l'enfant et de suivre une scolarité normale. La question du passage du concours de l'internat semble ne pas s'être posée, ni pour elle, ni pour son mari, qui « *a toujours voulu être médecin de famille* ». Lorsqu'elle termine ses études elle ne passe pas sa thèse. Elle le fera 15 ans plus tard, à l'âge de 44 ans, quand la question d'exercer la profession se posera pour elle. C'est dans le même esprit qu'elle passe un diplôme d'homéopathie et un de diététique. Les trois raisons pour lesquelles elle décide de travailler sont les suivantes : les enfants sont plus grands ; leurs études et leurs activités (musique, sport...) sont coûteuses ; être utile « *rendre à la société* » ce qu'elle a investi. Après deux à trois années de vacances dans l'hôpital local, elle suit des cours de « santé publique », indispensables pour être DIM, avant d'être embauchée comme médecin DIM, d'abord à plein temps, puis à 60 % (depuis 2003). La clinique compte 200 lits, une maternité et une activité d'urgences. Elle est en difficulté financière. Elle y débute dans un poste mal défini, occupé avant elle par un anesthésiste à temps partiel qui le faisait « *bénévolement* », très « transversal » – incluant la mise en place du circuit administratif des dossiers, l'aide à la surveillance générale etc – dans un contexte où les fonctions de direction et de gestion de la clinique sont très mal structurées. Quand les services administratifs sont structurés et étoffés, elle peut se mettre à temps partiel en se consacrant au seul PMSI.

Le service, qui compte également trois secrétaires administratives a pour fonction de « *valider la cohérence des données médicales et administratives* », de contrôler et de saisir les dossiers « séjour » et « médical » pour transmission à la sécurité sociale. L'activité de la clinique génère environ 1000 dossiers par mois. Chaque patient génère un « dossier séjour » – y compris en ambulatoire – et au moins un « dossier médical ». Il s'agit de contrôler la cohérence des données des deux ordres. Si les données se révèlent erronées, la Sécu ne rembourse pas. Son travail se focalise sur la minorité des dossiers liés aux médecins les plus « dysfonctionnels ». L'objectif est de parvenir à un délai de traitement des dossiers d'une semaine au plus. Les inquiétudes sur la santé financière et l'avenir de l'établissement, le manque de considération des médecins pour le personnel pèsent sur le climat social et sur le rapport au travail de Laure. Elle n'entretient d'ailleurs aucune relation amicale parmi la centaine de médecins qui exercent.

La clinique est couverte par un accord de RTT, bien négocié par le directeur de l'époque selon elle. Elle bénéficie de 22 jours de RTT. Depuis qu'elle est à temps partiel elle fait officiellement trois journées de sept heures, mais avec une petite élasticité quotidienne. Ses jours RTT sont inclus dans ce rythme. Ses réponses sur le temps de travail renvoient à la règle formelle et pas à la pratique précise : elle fait sept heures par jour sur trois jours « *en gros* ».

C'est la seule des 17 médecins qui porte une appréciation positive sur la judiciarisation : les médecins sont responsabilisés : « *ils ont enfin compris qu'ils ont des comptes à rendre* ». Et que « *le papier c'est important* ». Il est vrai que ce phénomène contribue à légitimer sa propre fonction. Elle ne touche que 10 000 F. par mois, mais elle dit se désintéresser de son niveau de salaire : c'est son mari qui tient les comptes du ménage, elle ne connaît d'ailleurs pas non plus son revenu à lui.

Son temps libre est consacré, à des activités de plein air et à une importante sociabilité autour de la famille et des amis, et de quelques actions humanitaires. Elle a déjà 4 petits enfants dont elle s'occupe beaucoup. Un de ses quatre enfants est un futur dentiste, ravi de cette perspective quand il la compare à celle de ses collègues internes hospitaliers. Elle s'arrêtera de travailler avant l'âge de la retraite, et se consacrera alors un peu plus à sa famille et à des activités humanitaires.

¹⁸ Elle met en avant ces « facilités » et son « milieu » sans autre précision. On peut penser que son double héritage religieux et social – la mère, et une de ses sœurs aînées, étant également infirmières – ont joué.

Elsa, plus jeune de 10 ans partage avec elle une orientation peu auto-déterminée vers la formation et la profession de médecin – « *J'aurais tout aussi bien pu être avocat* » –, et un choix négatif de la spécialité : toutes celles qu'elle a approchées la rebutent, mais l'anato-cyto-pathologie est un domaine d'avenir. Elle partage également avec Laure l'exercice d'un emploi à temps partiel, dans un service dépourvu de tout contact direct avec les patients. Elle travaille dans un laboratoire interne à l'hôpital qui fait des examens particuliers pour d'autres services en particulier en cancérologie. Elle est donc en relation avec d'autres médecins hospitaliers, mais jamais avec des malades. Elle se différencie de Laure par le fait qu'il est hors de question pour elle d'interrompre son activité professionnelle – elle vit avec un médecin libéral, et ne veut absolument pas dépendre de lui financièrement – et qu'elle s'est organisée en conséquence, à l'aide d'une « nounou » à temps plein à la maison quand les enfants étaient petits. Elle s'intéresse aussi davantage à son travail, et cherche à passer à temps plein, car elle se vit comme un « *bouche trou* » au sein du service.

6- Deux jeunes généralistes débutant comme remplaçants

Ce dernier profil était a priori inattendu, puisque l'enquête de la Drees a écarté les libéraux généralistes exerçant en cabinet. Mais comme un certain nombre de salariés hospitaliers saisis au moment de cette enquête sont en fait de jeunes internes ou externes en fin de cursus, quelques uns sont naturellement en cours d'installation en tant que libéraux une année plus tard. Ces deux cas étaient intéressants à plus d'un titre : ils offrent une image actualisée des conditions d'exercice dans ce milieu hospitalier qu'ils quittent à peine, alors que la plupart des autres médecins rencontrés l'ont quitté depuis au moins 10-15 ans ; ils apportent un témoignage sur les conditions présentes de l'alternative entre les deux statuts d'exercice ; ils sont enfin porteurs de l'expérience des nouvelles générations de médecins, objet de nombreux discours normatifs de la part des plus anciens comme des médias : recul de l'orientation vocationnelle – dont on a vu ce qu'il fallait en penser à propos des plus anciens, presque jamais venus positivement vers la profession¹⁹ –, refus des spécialités les plus astreignantes, souci de la qualité de la vie.

Le cas de Nadia, 27 ans, célibataire, apparaît ainsi presque « trop beau pour être vrai ». Il nous apprend qu'on peut exercer la médecine sur un mode instrumental, un peu comme on ferait un petit boulot, dans la mesure où cela permet par ailleurs de vivre et développer l'activité qui vous passionne, et d'envisager d'en faire plus tard profession. En effet elle est avant tout...musicienne. Elle est accordéoniste et elle projette de composer un jour pour cet instrument. On note au passage qu'elle tente de concilier passion et raison dans son sujet même de thèse, qu'elle réalise au moment de l'entretien et qui porte sur...la santé au travail des accordéonistes. Ayant terminé il y a peu son résidanat dans un centre hospitalier, elle fait des remplacements de généralistes, surtout au moment des congés scolaires, ce qui lui assure du temps libre et des ressources suffisantes à ses yeux (8 000 F/mois) pour sa passion. Reste que son expérience déjà riche de la médecine, hospitalière et libérale, lui fait aimer cette profession de médecin, et qu'elle y restera sans doute un certain temps, « nécessité faite vertu ». Fera-t-elle également du célibat « nécessité-vertu » ? En tous cas elle se dit lucide sur ce plan, vu sa faible disponibilité, dont elle a déjà réalisé que ses compagnons ne l'appréciaient guère. Le choix du libéral s'est imposé parce que la situation de l'hospitalier est celle d'une grande subordination à la hiérarchie, et de faibles perspectives de carrières, même si elle est très contente de la conquête des « 35 heures » et des « repos de sécurité ». Finalement, en libéral on est plus libre et plus reconnu qu'à l'hôpital. Elle prend l'exemple des retours de courrier de la part des confrères, très formateurs par ailleurs. Son projet est ainsi de faire des remplacements le plus longtemps possible, le temps de parvenir à devenir une véritable artiste compositrice.

¹⁹ Plus que sur les bancs de l'école primaire ou secondaire, si « vocation » il y a eu chez ces générations des plus de 45 ans, c'est sans doute dans l'expérience fondatrice de la corvéabilité du travail hospitalier et de sa réinterprétation épique ultérieure qu'il faudrait en trouver les sources.

L'exemple de Joël, 30 ans, est moins « déviant ». Ce jeune médecin, qui a le même cursus de formation - pas de spécialisation en dehors de celle, montante, en médecine générale – est quant à lui encore très motivé par cette profession. Ce qui l'anime c'est le sens de l'utilité sociale du soin, voire une perspective humanitaire. Il relativise l'enjeu du niveau de revenu – il est vrai qu'il est d'origine sociale modeste (parents séparés, père policier, mère au foyer) – et son projet est clair et déterminé : devenir médecin dans cette zone de montagne où il fait des remplacements, en s'associant avec un collègue de manière à avoir du temps libre. Un an auparavant il était « résident » à l'hôpital, où il a participé à des mouvements de grève pour l'application du « repos de sécurité », qu'il apprécie très positivement. Le choix de faire des remplacements en milieu rural en attendant de s'y installer répond à plusieurs logiques : les faibles perspectives de poste dans un milieu hospitalier pour un omnipraticien, milieu lourd par ailleurs ; boucler la thèse qui conditionne l'installation ; *« voir différentes pratiques, apprendre des choses qu'on n'apprend pas à l'hôpital, les papiers, comment prendre les patients en libéral, la gestion du cabinet »* ; la qualité de la vie, supérieur à celle de la ville ; et surtout le sens de l'utilité sociale. *« Je ne veux pas m'installer en ville...moi je veux être en rural, je ne veux pas être en ville parce que je n'ai pas envie de me prendre la tête dans des bouchons, je n'ai pas envie de passer ma vie intoxiqué par la pollution ; je préfère passer une heure en voiture ici et voir un papi qui est en haut de la montagne, plutôt que de passer une heure dans un bouchon, pour voir un papi, qui est à 10 minutes ou à 1 km en voiture. Donc c'est un choix déjà géographique. En plus, le rapport humain, il est peut-être...moi j'ai envie de me sentir utile : je me sens plus utile ici en rural, où je sais que quand on m'appelle à minuit, 9 fois sur 10 c'est grave, et que là je peux être utile ; parce qu'il ne faut pas se leurrer, je suis généraliste, je n'ai pas la prétention de sauver beaucoup la vie aux gens : les angines, le rhume, bon, dans la plupart des cas, honnêtement, si ils ne voyaient pas les médecins, dans la plupart des cas ça passerait tout seul. Mais j'ai l'impression de me sentir plus utile ici, en rural ; les gens comptent plus sur nous, donc ça me motive plus »*. Il est vrai également que la pénurie relative de médecins généralistes dans la zone de montagne qu'il découvre rend son installation plus facile matériellement – la pratique du « rachat de clientèle » ou du versement d'une fraction du chiffre d'affaires annuel est tombée en désuétude dans ce type de territoire. Il est pour l'heure nettement moins préoccupé que ses collègues chirurgiens ou anesthésistes des risques juridiques, et il dit encore croire à l'éducabilité de patients ayant tendance à être trop exigeants, attendant trop de la médecine. Le principal inconvénient de sa situation future tiendra aux sujétions temporelles : c'est pour cette raison qu'il ne s'installera que s'il trouve un associé, ce qui lui permettra d'avoir un week-end sur deux de libre. Pouvoir ainsi refaire du planeur, en plus du VTT, passer plus de temps avec sa compagne et, pourquoi pas, participer à des missions humanitaires.

Conclusion

Prélevé dans la base de donnée de l'enquête Drees et de taille modeste (n=17) notre échantillon de médecins n'a rien de représentatif de la profession médicale. L'enquête de la Drees écarte en effet, notamment, les généralistes exerçant en libéral, la partie des spécialistes n'exerçant qu'en cabinet « de ville », ainsi que les médecins du travail, de PMI... : elle est focalisée sur les spécialistes intervenant dans des établissements privés ou publics de soin et donne donc une vision partielle des conditions de travail des médecins. Pour autant l'enquête comme notre « post-enquête » portent ainsi sur une fraction significative du corps médical : celle qui, comme nous le suggérons en introduction, est sans doute la plus « malade », du moins depuis que les généralistes ont obtenu une revalorisation de leurs actes ; la plus insérée dans des structures collectives lourdes et coûteuses, la plus en prise avec les développements cognitifs et techniques de la médecine, et soumise à diverses procédures d'économie et de rationalisation gestionnaire. En tous cas la récurrence de la dimension protestataire de leurs discours va dans ce sens²⁰.

Les chirurgiens et anesthésistes/réanimateurs libéraux, exerçant en clinique privée, sont les mieux représentés (n= 9) dans notre « post-enquête ». Les autres libéraux – une néphrologue, deux généralistes débutants²¹ – sont trop peu nombreux pour que les matériaux recueillis auprès d'eux puissent être cumulés de manière pertinente. Quant aux salariés, au nombre seulement de cinq, leurs statuts – trois sont salariés d'hôpitaux publics, deux sont employés dans d'autres types d'organismes – et leurs spécialités – anesthésie, psychiatrie, maladies tropicales, DIM, anato-pathologie – sont également très divers. Ces limites ne nous semblent pas dommageables eu égard aux objectifs scientifiques de l'étude, répondant à la demande de la Drees : « *Les conditions de travail des médecins : intérêt et limites d'une comparaison entre médecins libéraux et salariés* ». Car cette question s'adresse, on le sait, d'abord aux médecins libéraux : si le questionnaire sur les conditions et le temps de travail des personnels de santé peut poser problème pour appréhender le vécu de la fraction des professionnels de la santé la plus qualifiée, la plus experte et la plus responsable dans le procès de soin, il est clair que le problème est *a priori* redoublé pour ceux qui sont en situation d'exercice libéral. L'histoire des enquêtes par questionnaire sur les conditions de travail de la population active montrerait en effet sans doute combien elles ont été fondées sur le paradigme du travail industriel d'exécution.

Notre premier et principal résultat s'organise alors autour de deux idées complémentaires : 1- les problématiques touchant aux conditions de travail entre médecins libéraux et salariés sont fondamentalement communes : 2 - cette communauté est d'autant plus manifeste que l'on élargit la notion de « conditions de travail » à celle de « conditions d'exercice professionnel ». Les principales préoccupations dont témoignent les interviewés touchent en effet : d'une part, à la dégradation de la relation « de confiance » qu'entretiennent les praticiens et les patients, dégradation dont la « judiciarisation » de l'activité, la progression du montant des primes d'assurance, et la perte d'attractivité de la profession sont les symptômes majeurs ; d'autre part, à la détérioration de la relation vécue entre « contribution » et « rétribution », i.e, entre les efforts consentis dans l'activité, et leur reconnaissance matérielle et symbolique, tant de la part des patients que de la part de la société. Ces deux dimensions, très liées, débordent très largement la notion étroite de « conditions de travail », et elles sont fort mal saisies par le questionnaire Drees. Le sentiment d'une diminution du revenu est relatif à une mobilisation professionnelle plus intense – en témoigne selon la plupart de nos interlocuteurs la non-revalorisation des actes qui les aurait conduit à l'accroître afin de maintenir leur

²⁰ Des augmentations illégales de tarifs et des actions collectives ont été le fait dernièrement de cette fraction du corps médical. Les chirurgiens ont brandi la menace d'un « exil » à Londres. Les hospitaliers ont conduit divers mouvements.

²¹ Ces deux généralistes étaient salariés hospitaliers un an auparavant. Si on leur ajoute l'entretien exploratoire auprès de Rémi que nous avons réalisé en début d'enquête, le nombre de généralistes libéraux interviewés s'élève à trois.

niveau de ressources. Bien entendu ces données subjectives gagneraient à être relativisées et contextualisées à l'aide de données objectives sur l'ensemble de la profession : durées de travail et ressources déclarées par exemple²². On apprécierait ainsi mieux ce que les discours recueillis doivent à des effets d'âge – et l'usure professionnelle associée, malgré les aménagements des contraintes temporelles observés au fil des biographies professionnelles – ou/et à des effets de génération – les plus de 45 ans, de loin les plus nombreux dans notre échantillon, ont peut-être plus que d'autres subi les effets d'un « coup de frein » sur leurs carrières de revenu, d'autant plus mal vécu qu'il contrasterait avec leurs attentes, nourries par l'expérience des générations qui les ont précédés.

Le second résultat suggéré par notre « post-enquête » est que cette communauté fondamentale dans le rapport aux conditions d'exercice de la profession médicale, par delà du statut donc, rend pertinente la comparaison entre libéraux et salariés du point de vue de la plupart des indicateurs sélectionnés par le questionnaire Drees. Nous avons privilégié parmi ces derniers ceux qui touchent au temps de travail : durée, rythmes, prévisibilité, maîtrise. De tous ces points de vue, qu'ils exercent comme libéraux ou comme salariés les performances du questionnaire sont du même ordre, parce que les difficultés sur lesquelles butte la mesure sont fondamentalement de même nature. Elles tiennent à l'exercice d'une activité experte pétrie d'aléas, envahie par cette responsabilité sur la santé et la vie d'autrui qui ne se laisse pas emprisonner dans l'espace temps de l'acte de soin, et plus ou moins sujette à l'emprise de l'urgence²³. Elles tiennent également au rôle fondateur de cette période initiatique du travail hospitalier des débutants, période de disponibilité temporelle extensive qui fait durablement référence dans leur expérience du temps de travail. Elle les conduit, comme nous l'avions déjà noté à propos des infirmières salariées, mais de manière ici beaucoup plus nette, à privilégier dans leurs réponses au questionnaire la norme, formelle ou coutumière, à partir de laquelle est supposé se régler leur temps professionnel, sur les pratiques effectives de temps de travail. Or la distance est souvent grande entre ces deux ordres de la réalité. De nombreux autres indicateurs des « conditions de travail », centrés sur l'appréhension des formes de contraintes et d'autonomie dans l'activité sont également utilisables dans la comparaison entre les statuts d'exercice : on a vu combien les libéraux, ou une partie d'entre eux – les anesthésistes plus que les chirurgiens – semblaient lucides à l'égard des multiples formes de contraintes, voire de « subordination » au travers desquelles se déploie leur activité professionnelle. Il est clair que dans bien des cas cette lucidité est imprégnée de la référence à l'idéal libéral, celui d'une libre élection réciproque du patient et du médecin sur le marché des soins. Tel est le cas le plus souvent quand sont dénoncés la non-revalorisation des actes, l'impossibilité de passer en secteur II (pour les anesthésistes), les effets pervers de la CMU, ou encore les obligations d'information des patients concernant les risques thérapeutiques. Mais elle se réfère aussi à d'autres valeurs, non marchandes celles-ci, qui les amènent parfois à dénoncer la pression à la rentabilisation des établissements et des soins, leur industrialisation ou leur routinisation. La critique des contraintes vécues emprunte ainsi les voies tantôt du libéralisme, tantôt d'une conscience quasi salariale²⁴.

²² Si les enquêtes sur la durée du travail confirment la tendance à un allongement, de l'ordre de 2 à 3 heures au cours des 10 dernières années, les données sur les revenus semblent davantage aller dans le sens d'un creusement des inégalités internes à la profession que d'un recul, ou même d'une stagnation. Cf. X Niel et A. Vilain, « Le temps de travail des médecins : l'impact des évolutions sociodémographiques », *Études et Résultats*, n° 114, Drees, mai 2001. S. Audric, « Les disparités de revenus et de charges des médecins libéraux », *Études et Résultats*, n° 146, Drees, novembre 2001.

²³ Cette observation concerne beaucoup moins les deux seuls cas de médecins dont la situation de travail, à distance des patients et/ou inscrite dans une logique de flux, rapproche du salariat ordinaire.

²⁴ On trouvera un plaidoyer en faveur du passage au mode salarié de rémunération des chirurgiens dans un article de G. Vallancien, professeur d'urologie, exerçant par ailleurs dans un établissement mutualiste, publié récemment par *le Monde* (27.08.2004) : « *gage de liberté d'entreprendre, alors que les honoraires décroissants sont devenus un véritable esclavage expliquant la révolte actuelle* ». Selon lui ce mode d'exercice, plus rémunérateur, moins chronophage et ouvrant droit à une retraite revalorisée, aurait comme contre partie l'acceptation du regroupement dans des « *structures de soins les plus efficaces et les plus sûres* », et l'acceptation de l'évaluation.

Troisième résultat, la pertinence de la comparaison se soutient également de véritables différenciations entre statuts et spécialités d'exercice. Certaines sont d'ores et déjà bien mises à jour par le questionnaire Drees : place éventuelle dans une hiérarchie, qualité des locaux et du matériel, profil et attitudes du « public », par exemple. D'autres gagneraient à y être intégrées : par exemple le degré de spécialisation et les formes d'association entre collègues, dont on a vu combien ils différencient chirurgiens et anesthésistes/réanimateurs au regard notamment de l'organisation du temps de travail ; ou encore le degré d'exposition au risque juridique, dont on a vu qu'il semblait nettement plus faible en milieu hospitalier qu'en mode libéral.

Sous la quatrième série de résultats on regroupera des observations plus ponctuelles concernant les performances ou l'inadaptation du questionnaire Drees aux situations rencontrées :

- le processus de formation et d'insertion professionnelle des médecins est long, progressif, marqué par le modèle de l'apprentissage en situation de travail et de compagnonnage, et donc de multiples seuils de passage. Les indications relatives à l'ancienneté dans la profession sont donc à manier avec prudence.

- Les formes de multi-activité, y compris sous les deux statuts d'exercice (salarié et libéral) relativement fréquentes, sont mal saisies par le questionnaire.

- La partie plus informelle des activités de formation de jeunes, d'auto-formation ou de participation à la recherche – colloques et congrès – échappe au questionnaire.

Une cinquième et dernière série de résultats ou plutôt de pistes de recherche suggérées par notre post-enquête pour des études plus vastes à venir doit être évoquée. On citera ici : les préoccupations récurrentes sur les conditions du passage à la retraite ; la très faible transmission intergénérationnelle de l'orientation vers la profession médicale ; le rôle enfin de la féminisation dans la transformation des modes d'implication dans la profession des nouvelles générations.