

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

SÉRIE
ÉTUDES

**DOCUMENT
DE
TRAVAIL**

Rapports professionnels et types de clientèles :
médecins libéraux et salariés
(médecine générale, gériatrie, urgence, gastro-entérologie, psychiatrie)

Post-enquête « Conditions et organisation du travail
dans les établissements de santé »

VEGA Anne

n° 51 – juin 2005

Sommaire

Synthèse du travail.....	5
Introduction générale	9
Problématique	9
Sélection des enquêtés.....	10
Grille d'entretien	12
Canevas des entretiens	13
Déroulement de l'enquête	14
Présentation du travail.....	15
Note préliminaire.....	16
1. La constance des identités médicales : spécialisations et hiérarchisations du travail	17
1.1 Atouts et problèmes rapportés aux différents modes d'exercice	21
A. Établissements publics/exercices privés.....	21
B. La médecine hospitalière (publique et privée)/ le cabinet.....	29
1.2 Regards croisés des spécialistes : to cure ou to care.....	32
A. Qu'est-ce qui amène les enquêtés à se spécialiser ?	33
B. Les urgences, des services où se concentrent et se démultiplient tous les paradoxes (révélateurs de dysfonctionnement du système de santé en général)	37
C. La gériatrie, une spécialité aux limites de la médecine hospitalière.....	43
D. Où sont désormais les limites des soins ?	45
1.3 La question complexe des collaborations professionnelles	49
2. Conséquences et etiologies de la crise médicale : la fin d'une époque	63
2.1 Des constatations communes : l'augmentation des temps de travail.....	63
A. Les pénuries médicales au centre de tous les discours.....	64
B. Des angoisses pour l'avenir	66
C. Les nouveaux risques de déconstruction des identités professionnelles : un travail administratif chronophage et des contrôles inadaptés voire suspicieux	69
2.2 Les procès.....	73
3. Discours et pratiques paradoxales	83
3.1 L'ambiguïté des surcharges de travail	84
3.2 Les limites des critiques	90
3.3 Les paradoxes des politiques de santé.....	95
Conclusion générale	99
Bibliographie	105
Annexe 1.....	109
Annexe 2.....	112
Annexe 3.....	116

Synthèse des résultats de la post-enquête

Ce travail vise à approfondir la connaissance des grands axes de différenciations entre médecins, dans le but d'arbitrer sur le maintien ou l'exclusion à venir des médecins libéraux de l'enquête nationale de la Drees. Il est fondé sur l'analyse comparée d'entretiens semi-dirigés conduits auprès d'une quinzaine de post enquêtés.

Atouts et problèmes rapportés aux différents types d'exercices

Si l'hôpital public reste le berceau du Savoir (apprentissage continu entre experts dotés de techniques de pointes), les communications professionnelles seraient facilitées en dehors des CHU, et dans le privé (relations ouvertes directes, y compris avec les médecins de ville, recentrées sur les patients). Ces constats sont à l'origine de nombreux changements d'exercices et/ou d'exercices simultanés¹.

Cependant, travailler dans des établissements en général est synonyme :

- de prestige lié à l'exercice de la médecine – une médecine de spécialités d'organes (mais plus ou moins vitaux nobles et propres), et hiérarchisées aussi en fonction du maniement de techniques curatives plus ou moins prestigieuses² ;
- de pouvoir lié au fait de soigner théoriquement de « vrais » patients technicisés et/ou hospitalisés³, par opposition aux patients en « *consultation externe* », ayant des pathologies moins graves (« *fausse urgence* », « *médecine générale* ») voire « *fonctionnelles* » rapportées à l'exercice en médecine de ville ;
- de garanties d'enrichissement de sa spécialisation par la confrontation aux connaissances des autres spécialités, mais aussi de garanties de réassurance professionnelle (rester performant, et surtout se partager des décisions et des risques d'erreurs).

Degrés de pénibilités du travail

Dès lors, ce qui semble avant tout distinguer les médecins entre eux serait :

- Leurs capacités individuelles à établir des échanges privilégiés avec des médecins spécialistes hospitaliers.

Ainsi, plus que le fait d'être ou non salarié et d'exercer dans tel ou tel type de structures (publiques ou privés), être ou ne pas être CHU, y avoir ou non des « amis », « collaborateurs privilégiés », des « référents » ou des « alliés »⁴, être ou ne pas être

¹ Le choix des types et des lieux d'exercice étant également fortement dépendant des types de contrat ou des degrés d'investissements financiers, et des possibilités d'organisation du temps privé (en particulier pour les jeunes générations et les femmes).

² La gériatrie étant alors une spécialité aux limites – voire aux marges de la médecine hospitalière, par opposition à la triade cardiologie-pneumologie-gastro-entérologie.

³ En pratique, car outre l'obligation aux urgences d'accepter « *le tout venant* », les enquêtés travaillant en institution ont tous des sous spécialisations à l'instar des médecins de ville.

⁴ Ce qui évite aux praticiens de risquer de « *perdre la face* », de « *déranger* » ou d'être éconduits par leurs pairs.

éloigné de grands centres hospitaliers (voire encore avoir ou non des gardes à répétition⁵)... sont autant de facteurs favorisant ou limitant le stress au travail.

- Leurs capacités à filtrer, imposer les patients et à se reposer sur d'autres professionnels pour leurs accompagnements et celui de leurs proches (tris, décharges et/ou relégation de clients).

Autrement dit, au-delà des types d'exercice, bien vivre son travail, c'est non seulement pouvoir accéder à des conseils, des savoirs et/ou des relais techniques et pouvoir « *se couvrir* », mais aussi maîtriser l'afflux de clients afin 1. de limiter les risques d'erreurs diagnostics ; 2. d'approfondir une expertise reconnue et ainsi 3. de favoriser la captation de clientèle.

- Les ressentis des charges de travail étant *in fine* étroitement liés aux possibilités de pouvoir refuser des patients éloignés de centres d'intérêts de chaque praticien et/ou leur faisant prendre trop de responsabilités.

D'où des pénibilités du travail jugées plus importantes chez l'ensemble des praticiens de première (MG, urgences⁶) ou de dernière ligne (gériatries) – la médecine générale étant ressentie comme l'exercice le plus périlleux. En effet, il démultiplie les risques de solitude professionnelle, c'est-à-dire les risques de fautes professionnelles (hantise présente chez tous les médecins ou presque, et qui tendraient à augmenter avec l'arrivée de patients de plus en plus âgés dans les services) liés à une médecine non spécialisée et non hospitalière, synonyme en outre de sacrifice obligé à des clients-patients non triés (médecins prestataires de services)⁷.

Constantes et paradoxes médicaux

- Les échanges interprofessionnels restent limités. En effet, outre des problèmes récurrents de concurrence, de querelles individuelles (logiques de captation de clientèle), et de conceptions des soins (césure entre la psychiatrie et la médecine), le véritable collaborateur tend à n'être envisagé qu'entre même niveau hiérarchique. De plus, il existe une relative méconnaissance des ressources extra-hospitalières et/ou non médicales (ex. kinésithérapies). Enfin, le rapport toujours problématique à la mort reste source de nombreux stress médicaux, voire à l'origine de pratiques de relégations. Ainsi, les prises en charge complexes, particulièrement les fins de soins curatifs, tendraient à se reporter *in fine* non seulement vers les libéraux, mais aussi

⁵ Comme aux Urgences ou dans certaines régions sous médicalisées (absence de médecins de ville), où se poserait douloureusement la multiplication des gardes et des laminations des temps de récupération.

⁶ Saturation des services causée également par le détournement des urgences par les autres médecins : pour écourter les itinéraires de leurs clients, leur faire bénéficier de techniques performantes, pour ne pas prendre le risque de passer à côté d'une vraie urgence, faute d'être parvenu à joindre d'autres médecins (indisponibles ou ayant refusé de prendre leur patient dans les services).

⁷ La médecine générale cumule l'ensemble des représentations négatives, ce qui limite sûrement les tentatives de re déploiement extra hospitaliers, et en particulier les volontés de faire des médecins généralistes des acteurs « pivots » (les hiérarchisations médicales les rendant en outre invisibles dans la chaîne des soins et des collaborateurs). Autrement dit, les médecins généralistes resteraient « *les plus à plaindre* », par opposition aux praticiens exerçant dans des spécialités « *qui rapportent* ».

- vers les familles, – par ailleurs peu citées comme collaborateurs potentiels (comme les associations de patients), car toujours associées à des non-savoirs légitimes⁸.
- Le libre choix des lieux d'exercice, des types d'organisation du travail et des pathologies semblent toujours primer (persistance d'une idéologie libérale), même si cela participe à l'amplification de déséquilibres régionaux. De plus, les enquêtés semblent avoir non seulement des connaissances très partielles des réelles conditions de travail de leurs confrères (en dehors des réseaux amicaux-familiaux), mais peu de perceptions globales du système de santé. Ils tendraient à ne signaler ses déficiences (voire à dénoncer des abus de confrères) que lorsqu'elles entravent directement leurs propres spécialisations (les enquêtés étant plus sensibles à ce qui entrave leur développement local qu'aux problèmes de santé et de surcoûts financiers).

Les doléances médicales : d'énormes besoins de réassurances

In fine, les nécessités de contrôles et de réductions budgétaires restent peu comprises (rejet traditionnel des contrôles du travail par des non-médecins et des procédures écrites éloignant les praticiens de leurs centres d'intérêts). Cependant, quelles que soient leurs conditions de travail, les médecins rencontrés souffriraient surtout de sentiments d'abandon, c'est-à-dire d'un manque de communication avec les pouvoirs publics (politiques de santé paradoxales⁹, lenteur voire absence de réponses aux doléances, manque d'auto critique et d'explications des politiques, absence d'anticipation des besoins du 4^{ème} âge). Les enquêtés soulignent la méconnaissance des problèmes quotidiens des praticiens du terrain : lourdeur des responsabilités diagnostiques, diversité des situations de travail, problèmes éthiques¹⁰.

⁸ Dans toutes les spécialités à l'exception de la psychiatrie, la gestion des familles est considérée comme la plus stressante car vécue comme une intrusion, particulièrement mal vécu en institution où les logiques de soins médicaux prévalent.

⁹ Touchant des structures ou des services qui tendent justement à un moindre recours à l'hospitalisation et drainent l'ensemble des problèmes de la société (psychiatrie, urgences).

¹⁰ Ce qui participerait aussi à augmenter les effets de rumeurs (concernant les procès), d'anticipations (angoisses sur crise médicale encore à venir) voire « les dérives d'une médecine défensive » (tendance observée aussi en libéral) multipliant des investigations désagréables ou des interventions non dénuées de risques mais permettant au médecin de se rassurer (Froment, 2001).

Introduction générale

Problématique

Par une approche comparative, inductive et compréhensive, ce travail vise à approfondir la connaissance des perceptions du travail de médecins, en lien avec leurs types de clientèles et leurs types de relations professionnelles. En effet, si les perceptions sont liées aux contraintes réelles ou supposées des conditions et des organisations du travail, des enquêtes en sciences humaines dévoilent également l'importance des aspects symboliques qui accompagnent le travail de soins (Goffman 1980, Jodelet 1989, Genest 1990, Godeau 1993, Pouchelle 1995, Fabre 1998, Le Grand Sébille 1999). Ces dimensions sont au fondement de hiérarchisations des pratiques¹¹, de relégations entre professionnels de certaines tâches¹² et de certains type de clientèles¹³, plus ou moins bien acceptées. De plus, les professions soignantes sont des apprentissages denses et complexes de relation à l'Autre. Ils sont à l'origine de pratiques de défenses professionnelles (Vega 1995) contradictoires avec les idéaux initiaux, mais aussi de surinvestissements émotionnels (difficultés à poser des limites franches avec sa vie privée) et de pratiques d'individualisations du travail, « d'implication subjective dans l'activité »¹⁴. Dès lors, les sentiments d'usure touchent les franges les moins valorisées des professionnels de la santé (aidants¹⁵, paramédicaux, médecins généralistes¹⁶), exposés directement et/ou de façon répétitive « *au tout venant* », à l'accompagnement de la mort et des souffrances de populations de plus en plus âgées et/ou vulnérables (déjà difficilement assumés par l'ensemble de la société).

Autrement dit, dans ce secteur, les difficultés de collaboration¹⁷ et les sources de tensions – généralement reportées entre professionnels (Vega 2000) – sont nombreuses. D'autant que l'ensemble des professions de la santé est traversé par des crises de légitimités majeures (Aïach et Fassin 1994), à l'origine de nombreuses incompréhensions et de sentiments de ne plus pouvoir maîtriser son travail. On peut citer pêle-mêle : l'apparition de nouveaux spécialistes, les nouveaux partages du pouvoir (augmentation des revendications des patients¹⁸, des contrôles du travail par les pouvoirs publics¹⁹) ; les logiques de fusions-

¹¹ En milieu libéral comme dans les établissements de santé, le prestige des professionnels (para)médicaux est fonction du pouvoir de guérison et/ou de l'utilisation d'outils de travail « prestigieux », à l'origine de processus de différenciation entre sous-groupes (lieux et type d'exercice, spécialisations médicales, équipes, etc.) très prégnants dans les secteurs de la santé (Aïach et Fassin 1994, Vega 1997).

¹² Les soins de toilette par exemple (au centre des conflits et des négociations entre les professionnels au sein des équipes paramédicales en institutions comme à domicile : Crochet 1992) soit « dégradantes » et/ou stigmatisées (Arborio 1995 et 2001), soit contagieuses (Vega 1999) soit encore simplement « banalisées » (Saillant 1993).

¹³ Par exemple, l'exclusion des urgences et des personnes âgées, particulièrement dans les CHU notamment pour maintenir des spécificités de pôle de recherche et d'enseignement (Froment, op.cit).

¹⁴ Bouffartigue et Bouteiller, 2003 rapport intermédiaire post enquête Drees-Lest.

¹⁵ Guberman N. et alii (1991), Lesemann F., Martin C. 1993.

¹⁶ Jaisson 2002, Vega 2003-2004.

¹⁷ À l'hôpital (Gonnet 1992) ou au sein d'équipes travaillant en réseau (D'Amour et alii 1999).

¹⁸ Les clientèles sont plus informées (notamment par le canal de la presse ou d'Internet) et plus critiques concernant les traitements, la qualité et l'accessibilité des services. Outre le fait que les demandes en soins de santé soient en hausse, se développent des associations et droits des usagers, des groupes de défenses des droits des malades et de communautés spécifiques accroissant leur autonomie vis-à-vis du savoir biomédical et ses capacités « d'expertise ».

¹⁹ Augmentant la gestion de tâches « bureaucratiques » traditionnellement considérées comme hors soins et « chronophages ».

fermetures touchant désormais le monde de la santé comme le reste monde du travail²⁰, la désaffection des nouvelles générations (désirs de se consacrer davantage à des sphères personnelles également non spécifiques aux professionnels de la santé).

En lien avec les professionnels de la santé déjà étudiés²¹, notre projet vise donc à s'intéresser **aux constantes** (fondements identitaires) **et aux variantes des constructions identitaires médicales** (spécificités rapportées aux différents modes d'exercices, axes de différenciations entre médecins) ; à partir de l'hypothèse suivante (posée après nos premiers entretiens) : la charge au travail ressentie par les médecins serait moins fonction des différents secteurs d'activités (libéraux/salariés, établissements privé/public – voire privé lucratif/non lucratif) – que de possibilités :

- de se construire des univers de sécurité collective (réseaux d'entraide au travail, temps de « hors travail », etc.),
- intimement liés aux possibilités de partager et/ou de déléguer la prise en charge de clientèles « hors des bonnes normes médicales et culturelles » (Vega 2001/4),
- donc également fonction des types de spécialité (officielle ou implicite) exercées.

En effet, aux regards de nos précédentes recherches, puis de l'exploitation du matériel recueilli, nous avons été amenées à développer une approche critique et argumentée de l'intérêt, mais aussi des limites d'une comparaison des conditions de travail entre médecins salariés et libéraux²². C'est-à-dire de suggérer des ajustements, voire de nouveaux questionnements dans la prochaine réédition de l'enquête, afin d'une meilleure adaptation aux profils d'enquêtés médecins (et plus généralement soignants).

Sélection des enquêtés

Néanmoins, dans ce travail, il s'agissait d'abord d'aider à l'exploitation de l'enquête générale de la Drees – l'analyse comparée des trajectoires et des lieux d'exercice d'une quinzaine de post enquêtés devant permettre d'arbitrer sur le maintien ou l'exclusion à venir des médecins libéraux dans l'échantillon d'une future enquête. Nous avons donc travaillé à partir d'un échantillon ciblé de médecins, en vue d'une analyse comparée entre 6 médecins libéraux et 10 salariés (6 en établissements publics²³/4 en établissements privés).

Plus précisément, nous avons choisi des praticiens non-chirurgiens (ayant peu été objets d'études qualitatives récentes), ayant des statuts, des lieux d'exercices diversifiés, de tous âges et des deux sexes, mais ayant *a priori* **une activité d'orientation dite généraliste**²⁴.

²⁰ À ce sujet : Vega et Pouchelle (1999).

²¹ L'étude la plus récente porte sur le travail quotidien de médecin libéraux en région PACA, à partir d'entretiens et d'observations (ANAES-bourse privée post doctorale Fyssen, 2002-2003).

²² Autrement dit, il s'est agi « de rendre compte de la conscience qu'a le groupe de son unité, et de restituer la fluidité de la réalité aux frontières arbitrairement rigides » (Cresswell, 1994 : 82).

²³ Dont un médecin du travail, dont nous savons par expérience qu'ils ont un regard « extérieur de l'intérieur » particulièrement intéressant au regard du thème de l'enquête.

²⁴ Hormis les n° 4915 et 3862.

numpost	Lieu d'exercice	Type d'exercice principal	age	sexe	Libellé strate	Spécialités avérées ²⁵
1512	Île-de-France	CHU	49	2	Salariée public	Gériatrie
4885	Picardie	Polyclinique	48	1	Autres	Gastro-entérologie
4915	Rhône-Alpes	Clinique	44	2	Autres	Cardiologie
3862	Pays de la Loire	Hôpital général	37	1	Salarié public	Pneumologie
4184	Rhône-Alpes	Centre hospitalier	37	1	Salarié pri nl	Urgences
1893	Auvergne	Centre hospitalier	34	2	Salariée pri nl	Gériatrie
4964	Pays de la Loire	Cabinet	52	1	Autres	Gastro-entérologie
4960	PACA	Clinique et cabinet	44	1	Autres	Gastro-entérologie
2923	Midi-Pyrénées	Centre hospitalier	42	2	Salariée privé	MG, Urgences
0007	Île-de-France	Hôpital de jour	62	1	Salarié public	Psychiatrie
4775	PACA	Centre hospitalier	48	1	Autres	Urgences
4438	Picardie	Centre hospitalier	35	1	Salarié public	SAMU-SMUR
4351	Alsace	Centre Hospitalier	48	1	Salarié public	Gastro-entérologie
3047	Auvergne	Hôpital	43	1	Salarié pri nl	Psychiatrie
4912	Rhône-Alpes	Cabinet	50	1	Autres	Psychiatrie
4496	PACA	Hôpitaux AP		1	Salarié public	Méd du travail

En effet, suite à nos précédentes recherches, nous avons cherché à reconstruire « un groupe témoin »²⁶ susceptible de révéler des paradoxes moins visibles dans d'autres spécialités²⁷, c'est-à-dire de dévoiler des problématiques posées à l'ensemble du système de santé. Car comprenant des médecins *a priori* :

- *En position d'intermédiaires, de pivots (entre les services hospitaliers, les réseaux ville/hôpital), donc témoins de dysfonctionnements du système de santé (contradictions des prises en charge et suivis de l'état de santé des patients) ;*
- *Au cœur des évolutions des rapports soignants-patients et proches, mais placés en bas des hiérarchies médicales de prestige (valorisation des activités techniques et scientifiques/activités de soins à dominante relationnelle type psychiatrie ou médecine générale) et/ou en lien avec des clientèles peu médicalisables, voire « hors normes » dites « difficiles »²⁸ ;*
- *Autrement dit, les post-enquêtés étaient a priori au cœur de la question du lien social dans nos sociétés (Gagnon et Saillant 2000, Sarradon 2002), mais aussi de ses limites (Penneff 2000, Vega 2002-2003), amenés quotidiennement à engager leurs responsabilités professionnelles sur des dimensions de la médecine presque toujours marginalisées dans leurs formations initiales (Good 1998, Blais 1996).*

Ainsi avec l'augmentation de l'espérance de vie, les professionnels libéraux, comme ceux travaillant aux urgences et en gériatrie sont particulièrement confrontés à au moins deux

²⁵ L'ensemble des données de la post-enquête, bien que corrigées et réactualisées demeurent incomplètes : non-dit des informateurs, choix de l'enquêteur de préserver leur anonymat, changements survenus depuis l'enquête.

²⁶ Ensemble social qui peut servir de bases de référence pour des recherches plus extensives. Le groupe témoin varie selon les thèmes de l'enquête et relève d'échelles diverses, bien que toujours réduites (Olivier De Sardan 1995, p.99) et ne visant pas à la constitution d'un échantillon représentatif.

²⁷ Ainsi, être soignant dans les services des urgences, comme dans les cabinets de médecine générale, implique particulièrement des capacités de prise en charge rapide et appropriée de personnes dans des situations sociales et psychologiques très hétérogènes (« tout venant »), ce qui rend les hiérarchisations des soins plus évidentes.

²⁸ D'où également notre choix de la gastro-entérologie, compte-tenu de l'importance des stigmatisations des symptômes assimilés à l'alcoolisme chez la plupart des professionnels (Le Grand Sébille 1999), et des confrontations à la fin de vie (Cattan 2004).

générations (parents et enfants âgés) « vulnérables », souffrant des conséquences du grand âge (sans références d'aide familiale, ni repères culturels puisque le phénomène est inédit) : multiplication des handicaps (vue, locomotion), des maladies chroniques et concomitantes, et des problèmes de santé mentale (dépression, épuisement, trouble de l'adaptation, relations de couples et filiales tendues). À ceci s'ajoute la prise en charge de certaines maladies (Sida, hépatite, toxicomanie), complexifiant les décisions médicales d'autant que certaines d'entre-elles sont « sociales » (concentrées dans des zones sub-urbaines notamment chez les groupes d'origine culturelle différenciée).

Grille d'entretien

Pour faciliter les échanges, nous avons utilisé une grille d'entretien déjà expérimentée lors de nos recherches portant sur les professionnels libéraux, développant les questions de l'enquête nationale jugées cruciales, car relatives à l'organisation et aux temps de travail, aux coopérations professionnelles et aux relations soignant/soignés (n° 24-25-26,28, 32, 39-40, 46, 53, 59, 68-69-70,75,85).

Cependant, afin de créer une situation d'écoute telle que l'informateur et le chercheur puissent disposer d'une liberté de propos et ne soient pas en situation d'interrogatoire, les entretiens ont cherché à se rapprocher le plus possible d'une conversation ouverte²⁹. Autrement dit, le canevas d'entretien (*voir ci-dessous*) a été adapté à chacun des post-enquêtés, afin de découvrir également les centres d'intérêts, préoccupations, opinions, ressentis qui n'auraient pas été pris en compte dans le questionnaire initial.

De plus, notre grille d'entretien avait un préalable : recueillir des informations portant sur **les motivations et les trajectoires de chaque professionnel** (voire sur l'histoire du lieu d'exercice), afin d'appréhender l'ensemble des facteurs de construction des identités professionnelles et *in fine* les atouts et difficultés rapportés au travail : avec les mêmes diplômes, qu'est-ce qui conduit des médecins à exercer de préférence en milieu libéral, en milieu institutionnel, et plutôt en public ou en privé (et dans tel ou tel établissement en particulier) ?

Nos entretiens ont été ensuite construits à partir de trois axes thématiques, et de façon chronologique, afin d'alimenter les échanges :

1. La question des rythmes de travail permet d'aborder à la fois des problèmes quotidiens très concrets et les multiples facettes des identités (activités plus ou moins prisées et légitimes) : Quelles sont les principales difficultés d'organisation au quotidien ? Quelle est l'importance du travail administratif ? Comment s'organisent les pauses de travail et jours de repos ?³⁰ Quels sont les ressentis concernant les nouvelles orientations des soins (PSI, « réseaux de soins », RTT) ?

2. Le type de relations nouées avec les autres professionnels. Comment les enquêtés parlent-ils de leurs collaborations professionnelles ? Sur quels types d'échanges sont-elles fondées ? Qu'est-ce qui facilite ou entrave les relations ?

²⁹ Olivier De Sardan, op.cit : 82. D'autant que certains moments « féconds » ne se recueillent que de façon informelle (O. Schwartz, op.cit).

³⁰ Vega 2001/3.

3. **Les discours sur les clients.** Quelles sont les types de clientèles et les pathologies les plus valorisantes ? Quels sont les ressentis quant à l'évolution des attentes (supposées) des patients ? Dans quelle mesure retrouve-t-on les mêmes catégorisations chez les hospitaliers et les libéraux ? (ex : « *bobologie* », « *psy* », « *cas sociaux* », « *grabataires* », « *fausse urgence* » etc.)³¹.

Canevas des entretiens

Passé

Parcours professionnel : motivation de départ, formation initiale
Souvenirs particuliers des études, des stages
Choix de la spécialisation
Adéquation formation/ type (s) d'exercice(s)
Difficultés en débuts d'exercice
Choix du lieu et du (des) type(s) d'exercice(s)
Atouts-difficultés rapportées aux lieux-types d'exercice

Présent

Types de clientèles (âge, pathologie, attentes)
Spécificités dans les profils – lien avec le type-lieu d'exercice (ex : hôpital/cabinet, rural/urbain, etc.)
Problèmes de prises en charges particuliers (ex : nouvelles attentes etc.)
Organisation des journées de travail (ex. consultation/visites, travail administratif/soins, réunions, formations), des repos, pauses de travail
Périodes de surcharge de travail
Travail avec d'autres professionnels, types de relations
Notion du bon collaborateur

Avenir

Principales difficultés au quotidien, à venir
Aspect prioritaire à améliorer (dans le travail quotidien et/ou dans le système de santé)
Principal changement (positif ou négatif) depuis le début d'exercice
Différences dans le travail selon médecins (ex : générations, spécialisations, etc.)
Questionnaire initial de la Drees (souvenirs, questions jugées importantes, gênes, améliorations, etc.).

³¹ De quelle façon dont les praticiens abordent, repèrent des différences, sont-elles ou non stigmatisées (Hoffmann 1974, Goffman 1975, Jeffery 1979, Clément 1999) ? Retrouve-t-on dans les discours des enquêtés des perceptions insécurisantes de groupes dits « vulnérables » ou « dépendants » (pauvreté, handicap, genre, âge, maladie stigmatisante) ?

Déroulement de l'enquête

Après des contacts téléphoniques répétés, et le refus de deux médecins gastro-entérologues (« *surbookés* », « *indisponible* » pour des études « *redondantes* »), les enquêtés ont été rencontrés sur leurs lieux de travail afin d'affiner le recueil de données (sauf un médecin urgentiste en raison de l'absence de local « *calme* ») d'1/2 heures à une journée³², entre janvier et juillet 2004. Une minorité de médecins a été déconcertée par les premières questions de la post enquête concernant les parcours et motivations (questions personnalisées), voire par les liens avec l'enquête initiale : « *ce qui m'intrigue c'est que le questionnaire insistait plus sur l'intérêt et l'application de la RTT, et là j'ai l'impression que c'est plus un profil de carrière* ». Nous avons retranscrit l'intégralité des entretiens, au terme desquels les enquêtés ont souvent demandé s'ils allaient également être conduits auprès de confrères locaux (si certains nous ont poussés à le faire, la plupart semblaient soulagés par la ré-assurance d'anonymat et l'absence de visées monographiques de la post-enquête).

Le questionnaire national a suscité toute une gamme de ressentis :

- « *C'était court (positif), par téléphone, sinon je sais plus* », « *c'était par téléphone, ça c'est bien passé, c'était à peu près les mêmes choses que vous* ».
- « *J'ai oublié le contenu, y'avait plein de questions, oui, y'en avait partout, je m'en souviens plus (...). Ah bon, j'ai coché que je voulais être recontactée ? (...) J'ai essayé d'être assez honnête* », « *je me souviens plus du questionnaire, est-ce que j'ai répondu pareil ?* ».

De nombreux enquêtés ont demandé pourquoi ils avaient été sélectionnés, certains ont critiqué la validité de l'échantillonnage de la post-enquête³³, d'autres ont eu peur de donner des réponses différentes du questionnaire initial (ayant oublié leurs réponses malgré les explications de l'enquêteur), d'autres encore le critiquant ouvertement :

- « *Le questionnaire était extrêmement superficiel et uniquement factuel, du type : combien de lits³⁴, etc. (...). Et puis tout dépend du statisticien, il va sortir un certain nombre de présupposés, de causes qui ne sont pas forcément exactes, c'est souvent absurde* ». « *Je n'ai aucun souvenir du questionnaire et le temps qu'il dépouille encore tout ça, il sera trop tard, et puis je ne crois pas aux études* », « *je n'ai aucune attente, déjà le questionnaire était un non-sens* »³⁵.

Inversement, des enquêtés bien que n'ayant pas plus de souvenirs du questionnaire initial ont demandé des retours (courrier ou face à face), et/ou ont exprimé un contentement :

³² Deux médecins n'avaient pas reçu les lettres du ministère, dont une urgentiste déjà particulièrement choquée suite à la venue d'une équipe de journalistes ayant filmé sans demander d'autorisation (ni aux médecins ni aux patients).

³³ Peu coutumiers des méthodes d'enquêtes qualitatives privilégiant un nombre d'enquêtés limité.

³⁴ Ce type de question n'était en fait pas posé.

³⁵ Pour information, ce médecin m'a dit en partant : « *il ne faut ni faire ethnologue, ni médecin mais statisticien* ».

- *C'est bien d'aller voir directement les gens³⁶, vous leur direz qu'ici... », « c'est intéressant comme enquête », « ça m'a fait plaisir de parler, ça fait avancer », « on avait bien discuté, vous en êtes où ? ».*

Présentation du travail

La post-enquête ayant livré un matériel très abondant, nous présentons d'abord longuement les atouts et problèmes rapportés aux différents types d'exercice. Ils révèlent un continuum de perceptions dépassant les oppositions entre médecins salariés et libéraux (travaillant dans les établissements de santé), entre établissements publics et privés, et comprenant aussi l'exercice hors établissements. Ainsi, les catégories d'identifications médicales resteraient plutôt fondées sur des hiérarchisations de savoirs selon les spécialisations (officielles et implicites) de chaque praticien et rapportées aux types de clientèles soignées. Le collaborateur tendrait alors à n'être envisagé qu'entre même niveau hiérarchique, et départagerait les médecins qui peuvent rapidement obtenir l'avis de collègues spécialistes, refuser et imposer des patients – de l'ensemble des praticiens de première ou de dernière ligne qui sont non seulement confrontés au « *tout venant* » et à la complexité des maux plus difficilement médicalisables, mais qui risquent de « *perdre la face* », de « *déranger* » ou d'être éconduits par leurs pairs.

Les contextes locaux (offre de soins, rural/urbain) étant un amplificateur de degrés de contraintes et d'autonomies au travail (ex : usure voire vécu négatif d'être obligé de prendre tous les patients dans les régions sous médicalisées), les enjeux de conflits et d'alliances – entre individus, établissements, avec les médecins de ville, entre villes etc – pour le partage des clients.

Cependant, des logiques libérales communes pousseraient l'ensemble des médecins enquêtés à être reconnus comme expert (territoire délimité et exclusif, tri de clientèle) et à consolider tout au long de leurs carrières des réseaux (formels ou non). Ces derniers assurent non seulement les envois et retours des patients, mais des besoins de réassurances professionnelles peu dévoilés aux néophytes (limites des savoirs, difficultés des décisions solitaires, questionnements d'ordre éthique) et qui tendraient à augmenter avec l'arrivée de patients de plus en plus âgés dans les services.

Au travers de ressentis (et d'anticipations) d'une hausse généralisée de la charge de travail réamorçant l'angoisse de la faute professionnelle, apparaissent également des sentiments communs d'une perte de pouvoir, reliée à l'imposition de normes administratives, particulièrement décriée chez les médecins âgés, et/ou à l'irruption intempestive des affects des patients et des proches dans le travail quotidien (en dehors des médecins psychiatres). Autant de préoccupations partagées par des paramédicaux, présentées dans le second chapitre, évoquées spontanément par les enquêtés, et qui pourraient donc être développées dans le prochain questionnaire national.

Le troisième chapitre présente des paradoxes relevés dans les discours des enquêtés – en particulier sur le temps de travail –, mais aussi les effets paradoxaux de certaines politiques de santé selon le point de vue des enquêtés et de deux autres anthropologues (annexes 1 et 2) :

³⁶ Le fait de se déplacer étant souvent source d'étonnement (ex. « *vous êtes bien courageuse à vous déplacer comme ça, il faut avoir la foi* »).

outre la confirmation des effets « *pervers* » de l'accréditation ou de logiques de fusions d'établissements en particulier sur les personnels paramédicaux, il y a des besoins urgents de personnels dans des structures pourtant plébiscitées par les usagers (urgences, centre psychiatrique de proximité), ou attendues par l'ensemble du corps social (gériatrie, recours extra hospitalier souffrant déjà d'invisibilité au sein des hôpitaux publics).

Enquêtés qui, pour conclure, seraient en attente d'une plus grande transparence sur les politiques en cours et à venir, et de nouvelles règles de conduite : jusqu'où et comment soigner le 4^{ème} âge ?

Note préliminaire

Il nous semble important de garder un large panel de médecins lors de la prochaine enquête nationale (continuum des perceptions du travail, des ressentis de la « crise médicale »), dont la variété permet en outre de mieux cerner des éléments identitaires communs. Ainsi, suite à des erreurs dans les libellés fournis, nous avons été amenés à rencontrer des médecins cardiologue et pneumologue, travaillant dans des spécialités « *nanties* » souvent opposées à l'exercice de la médecine générale, ce qui nous a permis de compléter nos hypothèses de travail (l'incidence majeure des types de patients traités dans les ressentis au travail).

Cependant la grande majorité des enquêtés ayant oublié le contenu du questionnaire initial, ils nous ont placé dans une position de journaliste-consultant en interface avec le ministère, afin de faire remonter des problèmes généraux (d'où l'importance des doléances³⁷), et/ou locaux (espoirs de survie, d'amélioration ou de création de structures, besoins en terme de moyens et de personnel etc.). Ce qui explique également la part importante des témoignages valorisant ou dévalorisant de tel ou type de travail³⁸, et notre utilisation du conditionnel à de nombreuses reprises dans ce rapport final, – qui est en outre une phase ethnographique du travail. Nous présentons donc une photographie de ressentis médicaux, une tentative de déconstruction des identités médicales, que seul un travail comparatif avec les autres (post) enquêtes, et en faisant varier les méthodes (entretiens et observations) pourra valider³⁹.

Enfin, suite à la polysémie des termes « *hôpital* », « *libéral* » dans les discours des enquêtés, nous avons apporté des précisions dans les discours, tout en utilisant les abréviations MS : médecin spécialiste (hospitalier ou travaillant en cabinet), et MG : médecin généraliste. Concernant ces derniers, dans un souci de clarté, nous avons mis en notes les discours et pratiques communs avec notre travail pour l'ANAES-Fondation Fyssen, concernant aussi des paramédicaux libéraux (infirmières et kinésithérapeutes exerçant en région PACA). Des introductions et conclusions synthétiques, des passages écrits en gras ou soulignés permettent une lecture diagonale du document de travail.

³⁷ Par exemple du type de ceux du Canard enchaîné (Les dossiers du Canard - Hôpital on est mal, 87, avril 2003).

³⁸ Laissés dans ce rapport, parce qu'ils expriment des ressentis à prendre en considération, dévoilent les idéologies, les opinions qui travaillent les professionnels (et qui peuvent en outre ainsi être réinterprétés par le lecteur).

³⁹ Nous n'avons pas encore exploité à cet égard les documents fournis par la Drees (*Études et Résultats*).

1. La constance des identités médicales : spécialisations et hiérarchisations du travail

Les réponses aux deux premières questions principales (*motivations et parcours professionnels, atouts et problèmes rapportés aux différents modes d'exercice salarié/libéral*) font apparaître des expériences et des perceptions communes, dépassant le libellé des strates professionnelles.

En effet, la plupart des enquêtes soit envisagent ou ont déjà réalisé des changements d'exercice (établissements privé/public), soit ont des exercices mixtes salariat/libéral (« *on est complètement ou pas, plus ou moins hospitalier ou libéral (cabinet)* »)⁴⁰. Les frontières sont brouillées par l'existence de clientèles privées dans les hôpitaux publics, mais aussi par l'existence de petites structures autonomes décentrées géographiquement des établissements (assimilés parfois à des exercices « *extra hospitalier* »), par des expériences de collaboration de salariés du public avec des praticiens exerçant en cliniques privées et/ou cabinets, et par celles des nouvelles maisons médicales (reconstruction d'une organisation de type hospitalière).

La post enquête tend alors à démontrer les limites de la comparaison initiale salariés/libéraux hospitaliers. Comme en témoignent les fondements des parcours (ci-dessous) et les modalités des relations professionnelles (1.3), les médecins se différencieraient – et appréhenderaient leur travail respectif – selon des degrés :

- de maîtrise du Savoir médical (prestige du CHU>hôpital général) et de proximité des grands centres hospitaliers (régions surmédicalisées>sous médicalisées) ;
- d'autonomies et de responsabilités (établissements privés>publics, cabinet>exercice hospitalier) ;
- de possibilités de tri des clientèles (médecine de spécialités elles-mêmes hiérarchisée>MG).

La présentation de trois catégories duelles d'identification et de différenciation – complexes car imbriquées et mouvantes –, est donc l'objet d'un important développement (1.1 et 1.2), dans l'objectif de cerner à la fois les césures des identités médicales et leurs fondements communs (aspirations et hantises), pour une meilleure compréhension des discours sur « *la crise* » (chapitre 2) et leurs paradoxes (chapitre 3).

Qu'est-ce qui amène les médecins à exercer dans tels ou tels type d'établissements ?

Dans un premier temps, de multiples facteurs d'ordre personnels et professionnels ont amené les enquêtés à exercer assez indifféremment à l'hôpital public (nl), en clinique (et/ou à choisir des exercices en cabinet). Les choix d'installation et/ ou de changements sont liés à :

⁴⁰ Il serait alors peut-être intéressant dans une prochaine réédition du questionnaire d'interroger les médecins sur leurs multiples expériences de travail, au moins lors des stages et remplacements (voir 1.2) – les exercices mixtes étant peu parlés par les salariés du public en raison des accusations d'utilisation de filières de recrutement « *de privés* » dans des services.

- des « *obligations* », ou des « *facilités* » familiales (en particulier chez les femmes : suivi de conjoints, poste(s) permettant de « *s'occuper des enfants* »). Les enquêtés ayant alors recherché des horaires de travail « *assez souples* », une proximité géographique travail/habitat. Les enquêtés appartenant aux nouvelles générations aspirant plus globalement à une « *qualité de vie* », un « *confort* » (services)⁴¹, notions également reliées aux possibilités de ne pas cumuler les gardes, de travailler dans sa région d'origine, dans son hôpital de formation initiale (ancrage, connaissance des autres médecins) ;
- des « *nécessités* », des « *besoins* » financiers induisant de nombreux changements et/ou d'attraits pour des exercices mixtes.

En effet, le choix du salariat permet de s'assurer de « *revenus réguliers* », mais les médecins exerçant en clinique valorisent le fait d'avoir des revenus donc des statuts supérieurs au public (« *dans le privé (les cliniques), ça travaille autant mais pour plus d'argent. Donc il reste dans le privé des gens qui gagnent plus d'argent, mais qui ont encore peut-être quand même une considération pour le métier* »)⁴². Les installations « *en ville* » permettant également de « *nourrir sa famille* »⁴³.

Mais tout dépend des spécialités, des lieux d'exercice et des étapes professionnelles : « *en début de carrière, une activité libérale, c'est intéressant avec un salaire modéré pour avoir une meilleure retraite* » (salarié du public). Les retours de professionnels libéraux (cabinets) en fin de carrière en hôpital public étant motivés par le fait d'avoir une « *garantie de retraite* », « *être couvert par la SÉCU* »⁴⁴, voire par le fait d'échapper à des entraves qui seraient plus prononcées dans le travail (« *dans le privé, y'a plus de contrôles des tutelles* » Salariée du public ayant un exercice ponctuel en établissement privé, « *le privé avec en plus les charges à côté, c'est de la folie, c'est très peu lucratif, il faut vraiment aimer ça* », « *les charges sociales, les impôts freinent le travail en association* » (libéraux).

De plus, les grades des médecins entrent en jeu : « *l'assistantat (hôpital public), c'était intéressant mais précaire, l'équivalent d'un CDD, alors je suis allée dans le privé (nl)* ».

Le tout dépendant enfin de projections personnelles (« *mon optique c'était : je reste 2 ans comme assistant dans un service pour mettre un peu d'argent de côté, – car à la base je voulais rester quand même MG et heu continuer à prendre des gardes (relance). Parce qu'en SAMU-SMUR ça marche par gardes et je faisais beaucoup de sport : on avait 2-3-4-5 jours d'affilés, mais en contrepartie, on avait 2-3-4 jours de liberté que je passais à la mer (sourire)* » (salarié du public), voire de représentations du travail. Ainsi, les choix des salariés du public de ne pas exercer en cabinet sont moins un refus des contrôles et des « *charges* »

⁴¹ Développée chapitre 3, 3.1.

⁴² Il faut noter parmi les sentiments d'injustices exprimés, les salaires moindres des médecins travaillant dans des établissements à but non lucratifs par rapport aux salariés publics.

⁴³ Discours présents aussi chez les infirmières libérales. À noter cependant des difficultés pour les femmes seules d'exercice à mi-temps en cabinet « *peu lucratif* » (médecin hospitalier).

⁴⁴ Idem.

administratives » (« finalement ça c'est partout », « maintenant que j'en suis à la gestion du service, y'a peut-être moins de financier qu'en cabinet mais peut-être plus d'administratif, avec une kyrielle de réunions administratives⁴⁵ », « en privé ils ont aussi des secrétariats téléphoniques ou physiques, c'est pas un problème ») que par le refus ou l'impossibilité d'assumer une gestion commerciale⁴⁶, souvent stigmatisée.

« Bon c'est vrai qu'il a toutes les questions de comptabilité, de secrétariats, – mais comme j'avais un enfant, je voulais absolument être salariée, avoir quelque chose de plus solide quoi. Et puis vraiment, j'ai jamais envisagé de m'installer en tant que MG car c'est très lourd la gestion d'un cabinet, je m'en sentais pas la capacité, des emprunts de folies et travailler 20 ans pour les rembourser (...) je suis pas une grande gestionnaire », « j'aurai pas eu beaucoup de clients, j'aurai pas fait fortune, déjà je ne donnais pas d'antibiotiques pour les rhumes viraux et les clients allaient chez le confrère ! (...). Moi le contact avec l'argent, en libéral, il faut gagner sa vie, c'est comme ça – mais moi je préfère un salaire qui tombe à la fin de chaque mois ! – et puis comme externe, on n'est pas habitué, pas formé à : on fait payer, faut qu'on rembourse l'emprunt de l'installation, chaque patient me rembourse l'emprunt NON, je ne peux pas, c'est pas mon tempérament ! », « je ne voulais pas avoir à faire de gestion financière, pécuniaire, – ça je pense que ça a été un élément important dans le choix : ne serait-ce que pas avoir d'emprunt sur un cabinet et puis d'avoir une obligation de rentabilité ».

À cet égard, les professionnels exerçant en clinique pâtiraient d'une image encore négative dans les hôpitaux publics (médecins désintéressés/ marchands au centre des discours de tous les enquêtés).

« Ici ça ressemble à un hôpital oui – en plus on essaye d'être dans la qualité – au niveau des personnels infirmiers⁴⁷, de l'accréditation. On a dit beaucoup de mal du privé mais je pense qu'il y a un souci de qualité, qui a vraiment augmenté – et qu'on sous estime à l'hôpital public. Moi quand j'étais à l'hôpital on disait : « oui ils font de l'alimentaire » – voilà bon, c'est sûr qu'on va mieux gagner notre vie que dans le public, mais ça veut pas dire qu'on va forcément ni travailler mal, ni faire forcément des examens – enfin après c'est affaire de

⁴⁵ À noter d'ailleurs que se sont les (futurs) chefs de services, les Seniors qui ont le plus critiqué le temps passé à l'administration au dépend de la clinique (risque de devenir des cadres administratifs comme les cadres infirmiers), et ce d'autant que ce temps était non rémunéré (hôpital général/CHU) : « C'est une charge de travail qui est assez lourde et qui est en plus absolument pas reconnue ! On n'a aucune compensation en terme de temps médical, et on n'a pas de compensations financières. C'est un travail qui se fait en plus du reste : par exemple, toutes les consultations que j'avais hier ont été annulées par une réunion et pis bin on les a casées où on pouvait ailleurs, et comme le planning se fait à 3 mois – on met 3 mois à avoir une consultation- donc on les a casées où l'on pouvait, dans les places d'urgences, à droite à gauche (...) La chefferie c'est un tas de paperasses qui déferlent tous les jours – pour les statistiques, des notes de services, des notes administratives, pour verser ça, pour gagner des si...La chefferie est la patate chaude des hôpitaux généraux – en CHU y'a certainement encore une place un peu valorisée parce que c'est attaché à un statut hospitalier peut-être plus honorifique – en hôpital général, c'est surtout attaché à une surcharge administrative : y'a pas beaucoup d'intérêt ni honorifique, ni financier, et y'a beaucoup d'inconvénients en terme de charge de travail, – qui se fait au dépend du malade, ou heu de mes week-ends » (salarié du public).

⁴⁶ Problème évoqué également par les médecins et les paramédicaux exerçant en cabinet (manque de formation à la gestion).

⁴⁷ À noter que parmi les médecins interviewés, les problèmes posés aux personnels paramédicaux n'ont pas été évoqués spontanément (voir 1.3 et chapitre 3).

responsabilités – à l'hôpital, vous voyez aussi des choses qui sont pas...chacun est responsable » (clinique).

- Cependant, **chez tous les enquêtés**, les maîtres mots restent au départ « l'opportunité », « le hasard » de la connaissance d'un poste (via un ancien supérieur hiérarchique, un collègue de travail et/ou au gré de remplacements).
- Puis, en cours de carrière, les « intérêts » professionnels semblent primer (intérêt d'ordre personnel⁴⁸, entretien d'une ancienne compétence, développement de sa spécialité⁴⁹, ou mieux création d'une nouvelle spécialisation, d'une nouvelle structure⁵⁰).

Ainsi, si les enquêtés travaillant en clinique et/ou en cabinet expriment plus volontiers des logiques de (sous) spécialisations (officielles et officieuses), ces dernières sont également présentes et vantées à l'hôpital public, car il s'agit d'une des aspirations communes à l'ensemble de la profession médicale.

« Alors là, nous, on est en groupe, moi plus spécialement je fais des échographies et mon autre associé clinicien – qui est comme moi au chevet des malades, il met des piles aussi, donc on a chacun un peu notre spécificité. Les autres sont plombiers heu...des dilatateurs » (clinique). *« Finalement ici, c'est comme un hôpital : M. c'est la gériatrie, C. Les femmes, la gynécologie, et X. c'est les enfants, la pédiatrie, et aussi les psy cognés »* (secrétaire de cabinet de médecins généralistes⁵¹). *« Le travail, ça dépend du médecin, de chaque bonhomme : moi par exemple, je fais pas de chimio – ça dépend aussi de la localisation, de l'environnement médical – ça dépend de plein de facteurs »* (médecin ayant un double exercice cabinet/clinique).

« Travailler en milieu hospitalier, ça me permet toujours de faire un peu de MG que j'aime toujours, c'est vrai qu'il m'arrive aussi d'utiliser aussi un peu mes compétences de dermato, – des petits trucs quand les dermato sont un peu débordés ici, donc ça simplifie les choses – en cabinet je pense qu'on aurait moins le droit, ça n'irait pas parce que c'est un exercice exclusif alors qu'en milieu hospitalier, on a une compétence un peu tout venant, de médecine polyvalente, interne ou générale – on appelle ça comme on veut – (...) et puis alors, moi j'ai, je draine un peu les enfants pour des raisons un peu historiques, enfin c'est un peu une habitude du service, locale, et accessoirement j'ai fait aussi un peu de pédiatrie (ton tout bas), j'ai fait une formation non validante (...). Et ici je fais aussi des vaccinations pour les touristes, ça change un peu (salarié public).

De même, si l'ensemble des professionnels du secteur privé exprime plus volontiers la satisfaction d'un travail libéré des contraintes hiérarchiques (*« On n'est pas dépendant d'un patron, d'une hiérarchie, on fait ce qu'on a envie, dans le cadre de notre spécialisation*

⁴⁸ Ex : *« Je suis maintenant ici (en cabinet) car je trouvais que l'hôpital (public) se sclérosait un peu, et je m'intéressais à la psychanalyse ».*

⁴⁹ Ex. *« Disons que les lits, on les gagne au travail quoi : l'intérêt c'est d'avoir beaucoup de clients, si vous avez beaucoup de clients, bin vous allez commencer avec tant de lits – si votre spécialité rapporte aussi, – on vous en donnera plus facilement aussi, c'est clair. Heu et puis après il faut que vous poussiez des coudes les autres finalement si vous voulez grandir vous...Mais ça c'est aussi dans le public »* (clinique).

⁵⁰ Ex. *« Ici les neurologues ont des lits bourgeonnant d'un service, ça va pour eux »* (salarié du public), alliances privé/public (voir 1.3).

⁵¹ Extrait de l'enquête ANAES-Fyssen.

évidemment, on a donc une liberté d'actions que je recherchais » cabinet/clinique), l'autonomie dans le travail est également présente dans le public, en particulier suite à l'éloignement géographique de médecins avec leurs chefs de services et notamment en secteur psychiatrique (organisation sectorisée). Les petites unités avec des lits d'hospitalisation étant alors assimilées sinon à un travail « *extra hospitalier* », au moins présentées par opposition aux grandes structures (valorisation d'autonomisation des façons de travailler avec les patients, de formations spécifiques des personnels).

Ce chapitre tend alors à montrer combien les parcours médicaux semblent guidés par la recherche non seulement d'une spécialisation mais d'une autonomisation de leur travail (logique de « libéralisme médical » plus ou moins réalisable partout, amenant les enquêtés à trouver des bénéfiques – expérimentés ou supposés – aux différents modes d'exercices). Ces deux traits étant exprimés plus facilement par les libéraux (cliniques et cabinets), il nous semble alors d'autant moins pertinent de les écarter du questionnaire.

1.1 Atouts et problèmes rapportés aux différents modes d'exercice

Cette question de la post enquête fait apparaître un premier couple d'opposition fondamentale (A) pour comprendre les ressentis des enquêtés : établissements publics/exercices privés (clinique et cabinet).

A. Établissements publics / exercices privés

Avantages du secteur public/désavantages du secteur privé

- 1. Travailler avec le Savoir :** « *je ne sais pas si vous pouvez l'écrire, mais l'hôpital (public) c'est là que tout se passe* » (médecin gériatologue, salariée du public, exercice principal en CHU).

L'hôpital désigne d'abord le CHU, et reste pour tous les enquêtés le berceau de la formation initiale⁵² et d'échanges professionnels prolongés par des possibilités de recherches « *scientifiques* », de formations continues et lors des « *congrès internationaux* » « *aux côtés de grands professeurs* ». Le CHU est alors l'assurance « *de se former un petit peu sur le tas en permanence* », « *parce en plus il y a des choses qui changent – des traitements réputés efficaces et puis plus –, et c'est important cette formation permanente, ça fait sédiment à l'hôpital* » (salariés du public).

- 2. Travailler avec des techniques de pointes, des plateaux techniques** (type Scanner, IRM, matériel fibroscopique-endoscopique, nouvelles technologies numériques des radiologies etc.).

Ces deux atouts de prestige sont donc également cités parmi les motifs de choix d'installation, surtout dans les spécialités dites « techniques ».

⁵² Médecine « *de cours* » ou « *scolaire* » + stages d'internat dits « *formation clinique* » = « *médecine classique* » (base des apprentissages).

« ...Et en plus ici y'avait un plateau technique déjà très important, donc ça permettait de faire une médecine, la cardiologie similaire à celle de l'hôpital (public), donc sur le plan professionnel c'était plus intéressant aussi » (cardiologue, clinique), « c'est mieux de travailler avec des équipes hospitalières (publiques), l'environnement, pour exercer dans cette spécialité » (gastro-entérologue, salarié du public).

Et le principal motif pour maintenir sinon des doubles exercices, au moins un ancrage à l'hôpital chez les libéraux (selon l'idée répandue chez les hospitaliers que les meilleurs d'entre eux continuent à se former à l'hôpital).

Par opposition, l'ensemble des professionnels du secteur privé exprime des difficultés au travail rapportées à la nécessité de s'investir financièrement, tout en étant limité dans les investissements en matériel.

« Les structures publiques peuvent se permettre d'acheter des techniques coûteuses, pas nous », « on est limité dans nos actions par l'aspect financier au sein de la clinique, qui fait qu'on ne peut pas faire n'importe quoi, qu'il y a des actes qu'on aimerait bien réaliser, on ne peut pas parce que tout simplement ça coûte trop cher. Autant le privé ne peut pas se permettre de pertes sèches, autant le public se le permet, et ça c'est complètement dommageable pour tout le monde » (libéraux).

L'offre de soins locale étant alors toujours un paramètre important en terme de temps de travail : « c'est sûr que dans une grande ville le regroupement de plusieurs spécialistes (de la spécialité) va leur permettre d'investir dans du matériel performant à un coût moins important, donc nous pour faire face à la difficulté, ça nous oblige à devoir travailler beaucoup, pour avoir la possibilité de le faire, mais c'est une vraie difficulté » (MS. cabinet).

3. Un travail de groupe : « de staffs obligés » entre MS de la même spécialité, « d'élaboration », « de projets » transcendant les spécialités, et « d'équipe » (pluridisciplinaires).

Finalement, l'atout de l'hôpital public serait de permettre de mettre en pratique un idéal de collaboration recherché par l'ensemble des enquêtés : les émulations « intellectuelles » déjà entre soi⁵³.

« On choisit le traitement en collaboration avec ses collègues, c'est intéressant », « l'avantage du service c'est qu'on est plusieurs dans la même spécialité, donc y'a un échange entre personnes pratiquant la même spécialité, c'est intéressant, enrichissant » (salariés du public). « En fait, l'hôpital (public) y'a que ça qu'on connaît au départ, donc heu on n'a pas envie de s'en aller – parce qu'on est dans un système où y'a beaucoup de monde, de discussions avec des jeunes, même avec les plus âgés qui apportent leurs expériences, donc y' a ce côté heu un petit peu universitaire de l'hôpital qui me semble intéressant » (clinique).

L'hôpital public permettant aussi d'enrichir son travail par la confrontation aux connaissances des autres spécialités, atout rapporté cependant aux établissements en

⁵³ Voir 1.3.

général (publics et privés) ce qui fait apparaître une première limite au couple d'opposition : « le gros atout de l'hôpital, c'est d'avoir un plateau, un regroupement géographique avec plein de spécialistes différents, donc les avis des autres spécialités sont assez faciles à avoir, les échanges sont intéressants, enrichissants » (médecin travaillant principalement en cabinet), « le fait d'être à l'hôpital (en général, par opposition aux exercices en cabinet), je pense qu'on a une plus grande facilité à apprendre des tas de choses en permanence quoi : quand on appelle ou qu'on voit un spécialiste sur un domaine, ils nous disent : 'tiens tu vois le dernier protocole – oui tiens super, la prochaine fois je le saurai (...). La force des établissements, c'est d'avoir beaucoup de spécialistes qu'on peut avoir tout de suite » (salarié privé nl).

Désavantages du secteur public/avantages du secteur privé

1. La déshumanisation des relations professionnelles des grands centres hospitaliers (pas ou peu de contacts directs)

Elle est comme toujours rapportée à la taille des structures (CHU/petits hôpitaux), et renforcée par leurs implantations (opposition rural/urbain).

« Pour ce qui est des relations au travail, je pense que dans une petite structure (privée), enfin de taille moyenne à taille humaine, les relations sont plus faciles : on se connaît (...). Et dans une région comme ici, les liens entre médecins sont beaucoup plus forts, on se connaît beaucoup plus facilement que dans une structure urbaine, ils se connaissent quand même mais pas au point de partager au téléphone, (relance) – oui, les familles se connaissent, les liens amicaux, tout ça, ça existe » (libéral travaillant en clinique⁵⁴).

Avec à tous les niveaux, des difficultés à joindre le bon interlocuteur

Ainsi le problème de (sous) directions multiples et changeantes se poserait pour l'ensemble des hospitaliers du public type AP. « Il y a quand même un problème de communication, je dirai plus de communication que de collaboration (...) déjà à l'intérieur de l'établissement : vous commencez à aborder un problème avec un directeur et puis il est muté ailleurs, on redémarre à zéro – alors peut-être que dans les petites structures c'est différent » (salarié du public), salariés particulièrement fragilisés par des formes d'inertie institutionnelle des directions concernant les problèmes d'organisations du travail des salariés (médecine du travail⁵⁵).

⁵⁴ Même constat chez les (para)médicaux libéraux (ce qui tend aussi à complexifier les relations soignant/soignés).

⁵⁵ Manque de réglementations et de logique à long terme (imposition, non écoute des acteurs du terrain), dénoncée en particulier par les médecins du travail qui souffrent, comme les médecins salariés non hospitaliers, d'une forme d'invisibilité de leur travail, tant de la part des directions (sentiment d'être « instrumentalisés », d'être des « pions ») que des leurs confrères (implicitement, le vrai médecin reste aux côtés des patients).

Côté médical, les communications seraient entravées par :

- Des acteurs pivots débordés et des modes de fonctionnements peu visibles⁵⁶

« Il y a une latence importante dans le public qui n'existe pas en clinique, c'est vrai, bon déjà, si c'est l'interne de cardio X, le gars il est tout seul, il a tous les services, il répond à son bip en permanence » (salariée du privé travaillant en public), « c'est moins les paperasseries qui posent problèmes que les téléphones : je pense que 1/3 de notre temps, on le passe au téléphone – déjà que ce n'est pas notre rôle : à cher- à appeler les spécialistes très souvent, qui peuvent être au bloc opératoire quand il s'agit d'un traumatisme ou, on ne sait pas précisément qui on doit appeler, donc on tape un peu partout dans le service, surtout dans le public » (médecin salariée du privé, attachée à temps partiel dans le public).

Ce problème se pose particulièrement pour les nouveaux venus : « J'ai encore des soucis pour savoir quel MS appeler pour avis et tout, connaître tous les rouages de l'établissement – je suis pas encore rôdée : est-ce qu'on doit demander un avis ? À quelle personne le demander ? Comment faire pour le joindre ? Est-ce qu'on doit demander l'avis avant de faire l'examen ou après ? Quel examen demander, heu comment motiver l'examen (rires) (salariée du public).

- Mais aussi par une organisation pyramidale du travail : l'obligation de passer par la voie « normale » (« la hiérarchie »). Ce mode d'organisation du travail engendrant des conflits larvés entre chefferies, avec les directions et avec l'encadrement démultipliés dans les grands hôpitaux publics.

« La contrepartie des équipes, de tout ce monde, c'est les conflits... même avec les directions » (salarié du public). « La taille, il n'y a pas que ça : je crois que la mentalité n'est pas la même par rapport au privé (clinique), je sais pas comment l'expliquer : ici quand on demande des avis, les gens les donnent, mais bon... c'est pas... (relance). Les spécialistes ne sont pas toujours disponibles quoi – ça les intéresse pas ! » (médecin travaillant dans le privé et dans le public).

Il existe ainsi des hiérarchisations ville/hôpital, mais aussi entre spécialités médicales⁵⁷ (doublant les hiérarchisations de grades) entravant également les communications externes.

« ...Et depuis l'extérieur, il faut également être au courant des turn-over des internes et des conflits pouvoirs » (libéral). « Quand on adresse un patient à l'hôpital, on prend la peine de téléphoner en plus du courrier, mais en pratique quand on est de l'extérieur, il faut 3 heures avant d'avoir la possibilité de joindre quelqu'un (médecin salariée faisant des remplacements en MG). « Et il y a encore peu d'échanges avec la ville, ce sont les séquelles du mandarinat, de la grande époque où l'hôpital public les patrons, les assistants les internes étaient les seuls gens compétents, et relativement méprisants avec les gens de l'extérieur de l'hôpital... L'hôpital public se comporte un peu comme une forteresse, c'est un peu le problème du fonctionnariat (relance). Oui maintenant ils sont un peu obligés de sortir, avec les histoires d'accréditations, les gens sont obligés maintenant de transmettre à nos correspondants un résumé d'hospitalisation, enfin de donner des nouvelles des patients qu'ils nous ont confiés –

⁵⁶ Internes mais aussi Séniors (voir aussi 1.3).

⁵⁷ Voir 1.2.

je pense que ça va adoucir les mœurs... Et puis l'hôpital public est en train de découvrir qu'il dépend aussi de l'extérieur » (médecin libéral travaillant dans le public et le privé).

Ces problèmes expliquant l'importance des ancrages (réseaux d'interconnaissances), des collaborateurs « *ponctuels* » (travaillant avec l'interlocuteur recherché, facilitant le contact), voire des « *alliés* », en particulier pour les médecins extérieurs aux établissements.

Par opposition, les communications professionnelles seraient facilitées en dehors des CHU et dans le privé.

« Ici y'a une espèce de grande humanité, et puis un hôpital pas trop grand, à dimension un peu humaine, c'est ce qui me plaisait – par rapport aux CHU : c'est vrai que c'est difficile parce qu'il y a les professeurs, les chefs de cliniques, enfin c'est très hiérarchisé et c'est un peu lourd parfois. Tandis qu'ici, on a un contact direct avec des tas de spécialistes, les gens se tutoient vite, c'est un côté grande famille voilà, où on a rapidement accès aux confrères spécialistes sans trop de difficultés, on peut s'appeler donc avoir des avis directement, ça c'est important » (salarié privé nl). « Les atouts ici, il y en a : c'est une petite structure donc très familiale, on a 75 lits (...) donc on parle beaucoup, on s'entraide beaucoup. On est moins sectorisé qu'au CHU : on n'a pas d'un côté les médecins, d'un côté les infirmières : c'est-à-dire que nous, quand on fait la visite des patients, s'ils ont besoin d'un bassin et bien on va le faire (...) et une assez bonne communication entre la direction et les acteurs du terrain » (médecin salariée privé nl après exercice en CHU).

« Ici c'est comme à l'hôpital (public), la seule chose qui nous différencie, oui, c'est qu'il n'y a pas de hiérarchies. En fait c'est la seule chose : y' a pas de hiérarchies entre les médecins, même d'une spécialité à une autre – ce qui d'ailleurs amène des frictions hein, entre spécialités, qui sont dès fois assez directes, plus qu'à l'hôpital parce qu'elles sont peut-être plus... plus clairement définies quoi. Personne n'a le pouvoir vraiment, donc c'est des rapports de forces comme dans toute entreprise je pense – à l'hôpital, c'est à la fois plus dilué, caché presque, et heu plus affirmé : le pouvoir des grands patrons, c'est quelque chose » (clinique).

Le travail de coordination dans le privé étant finalement davantage valorisé avec les autres MS et avec les médecins de ville, tous les acteurs dépendant de la clientèle.

« Dans une clinique, bon y'a que 4 ou 5 spécialistes installés, heu quand on parle du cardio, soit il est en consultation, soit il est au bloc, soit il voit un patient aux urgences, enfin tout le monde sait, et on se sert les coudes » (médecin travaillant dans le public et le privé).

« Au niveau de la disponibilité, avec les spécialistes, on n'est pas trop embêté : ça c'est un avantage du privé (clinique) par rapport au public : on a quand même des gens très disponibles – bon y'a pas que le fric – surtout que dans le système hospitalier c'est actuellement ce qui prime. Mais donc l'argent ça fait plus que motiver, on est dans une même logique » (médecin travaillant dans le public et le privé).

« Par exemple (la différence c'est que) la proximité avec les MG est plus grande en clinique qu'à l'hôpital, leur clientèle est alimentée par les MG – bon à l'hôpital aussi, mais c'est pas exactement pareil. Par exemple leur rapidité d'intervention aux urgences est plus grande –

c'est quand même un peu la vitrine à l'interface des spécialistes et des généralistes. Je pense qu'ils se sentent plus immédiatement concernés. Indépendamment de la gravité hein : pour quelque chose que n'est pas gravissime, en public on tiendra plus compte de l'aspect urgence que de l'aspect relationnel – je pense qu'on y fait plus attention en clinique » (salariée du privé travaillant en public). « Les relations sont beaucoup plus confraternelles entre les systèmes privés et la ville que entre l'hôpital et la ville. Tandis qu'en secteur privé, tout le monde se sent un peu dans la même galère, et puis vous dépendez aussi des gens de l'extérieur, donc vous gardez de bonnes relations confraternelles, ça s'est toujours fait dans le privé – un médecin libéral sait qu'il a besoin d'un bon réseau de relations pour ne pas couler, donc il a intérêt à être poli avec les confrères, et c'est pas plus compliqué que ça » (médecin libéral travaillant dans le public et le privé).

Au contraire du secteur privé, le travail en hôpital public est synonyme de déresponsabilisation, voire d'anonymat.

« À l'hôpital (public), les gens sont mal payés et ça ne motive pas non plus pour répondre. À l'hôpital, c'est des démotivés ou des saints, parce que c'est vrai qu'il faut être un saint à l'hôpital public » (médecin ayant exercé en établissement privé et public) ... « L'inconvénient à l'hôpital c'est un petit peu la dissolution des responsabilités, – ça vient du fonctionnement : on peut ne pas s'impliquer, s'investir autant – ici vous n'avez pas le choix ! (...) Mais dans le public, y'a une espèce de – je crois que c'est assez confortable de se dire aussi : « bon bin, je passerai », d'être un peu...comme ça : on donne un peu les décisions sans vraiment s'impliquer. Les internes eux, le font, mais ils sont débordés ». « D'ailleurs, il faut déjà que chaque patient qui sorte de votre service connaisse votre nom parce que c'est déjà pas gagné à l'hôpital (public) (rires), chaque fois que vous voyez des gens qui sortent d'un service, ils ne savent pas : 'mais chez qui vous étiez ?'. Alors ils se rappellent vaguement de l'étage, en gros. C'est un peu affligeant hein » (cliniques).

2. Comme par effets de miroir, **l'absence des relations soignants/soignés** (sentiments d'anonymat souvent rapportés par les patients **dans les grandes unités publiques hospitalières), voire leurs violences**⁵⁸.

« Les relations avec les patients sont aussi souvent conflictuelles, les patients sont souvent agressifs, ils n'ont pas choisi d'être là, ils n'ont pas les repères, contrairement aux contacts qu'on peut avoir en cabinet ou à domicile » (libéral travaillant en établissement public). « À la clinique, ça n'a rien à voir, les gens viennent d'eux même, et encore plus en cabinet » (ex salarié du public exerçant en cabinet).

Ce dernier désavantage poussant les enquêtés à choisir d'emblée ou à envisager en cours de carrière des exercices en cabinet.

« Moi j'ai une petite activité libérale qui me prend 2 demi-journées, qui me permet aussi – y'a des gens qui ont des exigences en terme de personnalisation, qui pensent qu'ils seront mieux que dans le public, avec le docteur Machin, ils seront peut-être mieux accueillis – je n'en sais rien, pas forcément (rires), je fais ça pour que les gens se sentent en confiance, ils sont plus

⁵⁸ Ex. « La médecine hospitalière, souvent les patients disent que c'est l'usine quoi (ton bas) : y'a pas de relations très personnalisées » (salarié du public). La notion d'anonymat étant plus généralement utilisée par les provinciaux (patients et médecins) pour qualifier la capitale, modèle de la rupture des liens sociaux.

sûrs que le docteur Machin les suivra, tandis qu'à l'hôpital ils peuvent tomber sur un médecin attaché qui fera bien son travail techniquement mais qui expliquera pas bien ou qui n'aura pas le temps, c'est plus anonyme quand même » (salarié du public).

« La seule chose qui me fruste ici, c'est de ne pas avoir de suivis comme j'avais quand je faisais MG, ça me manque un peu, peut-être que j'y reviendrai un jour, c'est sûr que j'aimais bien le côté médecin de famille (...). Dans quelques années, je garderai un temps partiel aux urgences pour prendre un temps partiel en cabinet ». « J'ai remarqué qu'en général, dès que ça tourne bien le cabinet, et en vieillissant, – on ne peut plus travailler de nuit –, les urgenstistes ont tendance à passer en libéral pur ». « C'est sûr que pour le moment les remplacements en MG me conviennent, j'y prends du plaisir, ça me fait plaisir d'aller au domicile des gens, de voir un autre type de médecine, de circuler, un peu dans la campagne » (salariés du public et du privé nl).

À cet égard, la différence principale entre les deux groupes semble bien être le rapport au patient : l'exercice privé étant nécessairement recentré vers ce dernier.

- La dilution des hiérarchies, la proximité entre acteurs et les logiques de clientèle facilitant finalement les relations directes avec les patients, sources d'apprentissages.

« En travaillant ici, la personne vient me voir en direct, son problème est résolu en 20 minutes, y'a pas besoin de rester 8 jours le temps de voir un Senior (...). Parce qu'à l'hôpital (public) c'était un peu comme ça : si l'interne heu percutait pas exactement le problème, ça pouvait attendre 3-4 jours qu'on fasse le diagnostic heu – bon ça fait partie de la formation de l'interne quoi – mais bon, c'est les patients qui en font les frais – donc y'a quand même une certaine lenteur de l'hôpital. On n'a pas ça ici, donc c'est très intéressant : on voit les malades en première ligne, on décide heu : dans le privé, on fait plus contrat avec les patients – les gens s'en remettent à vous et ils pourront vous demander des comptes si ça va pas aussi⁵⁹. C'est très – c'est bien, c'est très direct, c'est pas dilué quoi ». « Ici donc nous, on est un peu des internes quelque part, vraiment en première ligne, enfin on fait tout quoi, y'a pas d'internes (relance), donc on est vraiment auprès de patients » (cliniques).

« Comme interne y'a toujours les petits problèmes de pratiques quotidiennes qui nous manquent, mais ça, on l'apprend sur le tas, ça s'appelle l'expérience en solo, rien ne remplace le fait de consulter » (cliniques).

- L'individualisation des relations soignant-soigné étant également rapportée au travail des médecins de ville (des informateurs utilisant le terme de « cabinet libéral » pour

⁵⁹ Suite à ce « contrat moral » exprimé aussi par les praticiens travaillant en cabinet, les médecins seraient a priori moins la « proie » de risques de procès (voir 2.3). Mais tout dépendrait des structures (ex. « Dans la maison de retraite de luxe privée où je travaille, les gens attendent plus que dans le public puisque c'est cher, le service doit être parfait, les procès tombent plus facilement, mais c'est extrêmement intéressant : la recherche de la perfection du service et de l'accueil » (médecin salariée du public). Et des enquêtes nuancent finalement cette différence (les risques procès étant davantage reliés aux types de spécialités). Ex. « Dans le privé, la pression médico-légale s'exerce uniquement sur le médecin, alors qu'en secteur public elle est dirigée contre l'établissement, ce qui fait une énorme différence quand même en fin de garde (...). Enfin quand même actuellement les hôpitaux se déchargent de plus en plus sur les médecins » (libéral travaillant en établissements privé et public).

désigner leurs consultations en cliniques), « la médecine libérale »⁶⁰ étant plus encore « une médecine d'individus à individus », « une autre médecine », « une médecine de proximité », « davantage au service des clients⁶¹ ».

« C'est vrai que la formation (initiale) n'est pas adaptée à ce que les patients attendent en ville. Car la médecine libérale c'est particulier, et on ne l'apprend ni à l'hôpital ni à la FAC. C'est au cours de remplacements, là on est là en Intérim et on se rend pas bien compte de tous les tenants et les aboutissants d'une installation en ville (...). Et quand on s'installe, on fait des conneries avec les patients au niveau de leur prise en charge, dans les relations qu'on a avec les médecins traitants » (MS cabinet). « En ville, bon on doit faire une médecine de proximité quoi, on n'est pas CHU quoi, on n'est pas dans les hautes sphères intellectuelles, on a des réponses pratiques, on est au service des patients, à leur niveau quoi, c'est pour ça qu'être du pays c'est important⁶². On a une manière un peu différente d'aborder les patients : je me suis plus adapté ici où je suis né qu'en région parisienne où j'ai débuté – y'a aussi le fait qu'il y a des tas de gens que je connais » (médecin travaillant principalement en cabinet).

Les discours qui tendent à assimiler le privé tant à des exercices en établissement qu'en cabinet (par opposition aux hôpitaux publics) auraient d'autres limites. Il existe en effet 2 autres couples d'oppositions (l'exercice en établissements/cabinets, la médecine de spécialités/MG) peut-être plus fondamentales, car révélant d'autres fondements identitaires communs : **outre des aspirations à l'autonomie et à la spécialisation dans le travail, la recherche d'un partage des responsabilités, et celle d'un tri des patients. Elles expliquent pourquoi finalement les médecins travaillant en clinique se différencient autant, voire plus de la médecine de ville (et en particulier de la MG) que des hospitaliers du public.**

Exercer en clinique, même « seul » revient en effet à travailler comme en hôpital public : en se partageant les prises de décisions.

« Particulièrement dans un service public, on doit former un petit peu les médecins qui sont en train de venir, enfin moi si y'a un souci, y'a toujours le praticien hospitalier, j'ai aussi quelqu'un au-dessus de moi hein, je suis censée n'être aussi un maillon de la chaîne, c'est pour ça que j'ai du demander l'autorisation ». « Si une personne vient pour une pneumologie, on va la mettre sous antibiotiques, alors après si elle s'aggrave, alors c'est un autre problème. Souvent on dira : « non, c'est pas raisonnable ». Après le problème, c'est la personne de 75 ans, un peu fatiguée, heu : « jusqu'où on met la barre ? ». C'est souvent (le cas), on est pourvoyeurs de soins vers la réanimation, donc jusqu'où on a le droit de s'acharner ? C'est souvent un problème, mais c'est au cas par cas, et la décision se prend à plusieurs : c'est une décision avec les autres médecins du service, avec les réanimateurs, et

⁶⁰ Que la plupart des informateurs ont expérimenté au cours de remplacements (voir 1.2).

⁶¹ Au point que les profils de clients dévoilent celle du médecin : « J'ai remarqué : un généraliste au bout d'un certain temps, il a une clientèle qui lui ressemble, bin forcément ! par exemple, plus de problèmes psychologiques, plus de cela... » (salarié du public).

⁶² Atout exprimé également par les infirmières libérales ou MG.

pis voilà... C'est un avis auprès de la famille, auprès du patient si on sent qu'il peut le donner (sic)⁶³... » (médecins exerçant en hôpital public).

« On travaille en collaboration étroite avec les différents praticiens de la clinique : quand on a un problème X ou Y qui sort un peu de notre spécialité, on va demander un avis immédiatement, par conséquent on est tout de suite guidé dans ce qu'on veut faire. Donc on n'est pas tout seul, on a tous les examens complémentaires, tous les praticiens, tous les chirurgiens », « dès qu'il y a une décision à prendre, à ce moment-là, on peut avoir une discussion collégiale, heu donc un peu comme à l'hôpital : avec la possibilité de ne pas prendre la décision tout seul, en se disant omnipotent heu, et avec les chirurgiens aussi, parce qu'on a des chirurgiens aussi cardiaque » (médecins exerçant en clinique).

« Travailler en institution, c'est un intérêt quand on aime le travail à plusieurs et vraiment un confort dans le travail », « la responsabilité n'est pas directe, heu vous avez toujours quelqu'un au-dessus qui est officiellement responsable » (médecins exerçant en hôpital privé nl).

B. La médecine hospitalière (publique et privée)/ le cabinet

Cette opposition permet de mieux comprendre les hantises du groupe. Exercer en cabinet, c'est aimer « *expliquer, répondre aux questions, aux angoisses fondées ou non, en ville, c'est un vrai boulot !* » (salarié exerçant ponctuellement en cabinet). Mais c'est aussi pouvoir prendre le risque de travailler seul, en en assumant toutes les conséquences.

1. La « solitude », les « lourdeurs », la « réflexion solitaire », particulièrement en MG

« Le fait d'être tout seul en médecine, si on n'a pas d'appuis derrière dans le diagnostic, dans le traitement, c'est pas un bon point pour les MG, alors eux ils sont bien embêtés », « en cabinet, on est en permanence sur le feu : moi quand je rentre chez moi, même si on s'inquiète par rapport à un patient, on passe la main immédiatement, le lendemain on se renseigne, bon. C'est pas du tout pareil que quand on laisse un patient chez lui, qu'on n'a pas hospitalisé et qu'on se demande ce qui se passe (...). Ah non, les gens installés seuls, qui ne savent pas par où prendre le patient, non merci ! Non c'est vrai, on est isolé, c'est vrai qu'on n'est pas formé à ça quand même, même si on est seul avec le malade et qu'on prend les décisions seul » (médecins exerçant en clinique).

Mais une fois de plus, les problèmes de l'isolement sont également des risques éprouvés pour des salariés (même organisés en équipe), particulièrement dans certaines spécialités : « Si, il y a l'équipe c'est vrai, mais malheureusement, on a quand même l'impression d'être un peu seul, il faut quand même prendre la décision » (urgentiste). Et dans toutes les structures décentrées (géographiquement) des grands centres hospitaliers (moindres contacts professionnels, moindres formations possibles).

« Je fais tout pour ne pas être blasée dans 10 ans, mais c'est dur, honnêtement ici il faut vraiment se forcer parce qu'on est un peu isolé. Donc c'est vrai que ça fait pas longtemps que

⁶³ Sur cette thématique, il n'a jamais ou presque été question des désirs des patients, objet de questions éthiques pour le médecin.

je travaille ici, c'est vrai que j'ai encore cette force là, je vais à tous les congrès de la société de G., mais est-ce que je tiendrai longtemps ? » (salariée privé nl).

- Ces difficultés rapportées au cabinet peuvent donc être atténuées par un exercice en groupe, même s'il est appréhendé plus comme une possibilité d'échanges en cas de difficultés (« *filets de sécurité* », « *co présence* »)⁶⁴.

Ce type d'organisations (idéal d'autonomie et de solidarité) pouvant alors fortement attirer des médecins salariés.

« Oui finalement, il était question que je m'associe... En fait je remplace des médecins qui se sont mis en groupe, qui se sont installés avec des kiné, qui reproduisent un peu une structure, disons hospitalière, enfin je trouve qu'ils forment un petit groupe bien solidaire, tout le monde se remplace et personne ne se tire dans les pattes. L'autonomie de ce groupe médical, ça m'a séduite, et ça m'a fait plaisir de voir comment ils sont bien installés en plus. Et ils font des plâtres et ils les défont, ils font les sutures, ils font tout ! Ils sont hyper autonomes, franchement je découvre d'autres possibilités de travail qui sont beaucoup plus alléchantes que celles que j'ai connues jusqu'à présent ! Reste la difficulté de s'engager dans un emploi du temps lourd et une gestion lourde » (urgentiste, salariée du privé).

- Par des formations continues particulièrement et toujours très « reconfortantes »⁶⁵ et nécessaires (« *Déjà pour nous les formations, c'est payant... Mais bon si on veut rester performant et rendre service à ses patients, c'est du travail... ça fait partie du travail* » MS cabinet), voire par un investissement associatif, ou mieux en réseau formalisé de soins, qui tendent également à revenir au modèle du CHU de partage de connaissances et des responsabilités entre des praticiens, par des échanges organisés (staff, décision pluridisciplinaire, dossiers malades)⁶⁶.

« On est parti d'un réseau cancérologie de la région, et maintenant les décisions ne sont plus prises de façons individuelles, elles sont obligatoirement prises de façon collégiale ; ça c'est pour ma spécialité, mais il y a aussi un réseau périnatalité » (libéral travaillant en cabinet, clinique et hôpital public).

Les possibilités de formations auraient cependant des limites (« *Même quand ils font des formations continues – mes amis qui sont là-dedans, déjà ils sont crevés, ils n'ont pas un pied à l'hôpital, alors même si on leur propose des week-ends de séminaires, c'est pas toujours évident* » (urgentiste, salarié privé nl), entravées par un autre risque professionnel rapporté à l'exercice en cabinet.

⁶⁴ Observés en cabinets de groupe de MG. De plus, nous avons trouvé parmi les post enquêtés des cas d'associations en cabinet recherchant à recréer des apprentissages de type hospitalier, en particulier dans des spécialités « techniques ». Ex : choisir de travailler par exemple « avec un collègue plus jeune » pour acquérir « des connaissances plus récentes » en contre partie de l'échange d'une « ancienne expérience » (d'où aussi des aides et/ou des parrainages des nouveaux venus en milieu libéral). Ex : choisir de s'associer avec un médecin Drass (école de santé de Rennes) « pour développer des préventions en matière de santé publique » etc.

⁶⁵ Même discours chez les paramédicaux libéraux.

⁶⁶ Quand ils ne redeviennent pas des supports pour développer son propre réseau de clientèle : pour « tirer la couverture à soi », « un moyen d'ascension en vue de postes (hospitaliers) »/pairs hospitaliers). Travers qui tend à être dénoncé également à propos de l'accréditation utilisée pour obtenir des moyens supplémentaires ensuite « détournés », ou réamorçant les enjeux de pouvoir entre médecins et/ou directions dans les établissements.

2. **Le sacrifice aux patients, ou les risques de don de sa personne** (trait particulièrement en MG).

- Des horaires de travail plus fluctuants, des frontières vie privée/professionnelles moins marquées

« En cabinet, il faut en principe assurer tous les jours, trouver quelqu'un pour se faire remplacer pendant les vacances », « c'est un vrai sacerdoce, rien à voir avec le métier que j'exerce moi, c'est une autre dimension – en privé, c'est pas la même fiche de paye à la sortie, mais c'est terrible, il faut être disponible » (salariés du public). « Ils bossent comme des fous, au point de vue de la disponibilité aussi... C'est être accaparé tout le temps par les patients, et ils ont toute cette paperasserie aussi » (salariée du privé), « en libéral, on gagne plus mais ça défile toute la journée, c'est une horreur, ils sont débordés toute la journée, je les trouve pas épanouis » (salariée après 3 semaines de remplacements en MG), « j'ai fait pas mal de remplacement aussi en MG, j'avais adoré ça, des remplacements en Saône et Loire en milieu rural – parce qu'à l'époque on faisait plein de choses (avant l'arrivée des spécialistes) : on avait un appareil de radio, on faisait les sutures, des grossesses qu'on ferait plus maintenant : on faisait des saignées ! Mais par contre, le médecin que j'ai remplacé était de service 24 h sur 24, donc on pouvait être appelé à 3 heures du matin pour une petite vieille dame qui voulait mettre le feu à sa maison, après on avait quelqu'un à 6h du matin qui peut plus avaler, qui a 40 de fièvre, qui a un abcès à la gorge etc⁶⁷. La même nuit quoi, et donc ça m'a vacciné contre la médecine générale libérale en milieu rural, enfin c'était déchirant. Donc la MG ça m'a beaucoup plu mais je m'imaginais pas faire vivre de cette façon-là pendant 20 ans » (salarié après 15 jours de remplacement en MG).

- **Cependant, les ressentis en terme d'organisation du temps de travail de l'ensemble des informateurs sont fortement liés aux possibilités d'organisation de gardes (offre de soins locale), aux types de contrats et aux spécialités exercées.**

« C'est un peu moins difficile d'être spécialiste que généraliste au niveau de l'organisation des conditions de travail (relance). Bin je pense à la disponibilité tout ça – mais enfin en cardiologie, c'est pas la bonne spécialité pour ça non plus. Je pense qu'en MG si on est associé tout ça, c'est pareil – on peut avoir un mode de vie correct » (clinique).

« Les MG ici ont réussi à s'organiser du point de vue des gardes, à se libérer de cette contrainte, contrairement à nous, eux ne sont de garde qu'un jour par trimestre ! Donc ça devient très confortable pour eux, et puis les gens vont plus à l'hôpital, voire aux Urgences. En plus, ils font plus venir les gens dans leurs cabinets. Nous notre mode d'exercice n'a pas changé... Comme on n'est que deux dans la ville, on est obligé d'être présents. Mais je pense que mes amis généralistes ont une meilleure qualité de vie que moi, plus de confort, c'est paradoxal, mais c'est comme ça. ». (MS cabinet). « On voulait instaurer une permanence des soins, mais les MG ont continué à fronder parce qu'ils n'étaient pas suffisamment nombreux, ils ont énormément de travail, la Picardie est déjà une région déjà sous médicalisée, et qu'un des soucis de l'Oise est d'être coincé entre la Picardie et ses betteraves et la région parisienne et ses exigences... » (salarié du public).

⁶⁷ Leitmotiv des MG, se différenciant des anciennes générations ayant sacrifié leur vie à leurs patients.

« Là (avec ce contrat) non seulement y'avait encore des heures de transports mais je me suis fait avoir, c'était un établissement semi privé semi public en banlieue parisienne : on travaillait tous les jours y compris le samedi, je sais même pas si on était payé le samedi, et on était obligé de faire des gardes jusqu'à 10 heures le soir en alternance, et j'étais payé 8 500 par mois ! Y'a quand même des limites » (salariée du privé).

Resterait alors quels que soient les lieux d'exercice, le problème d'affronter certains clients et plus généralement d'avoir des patients non filtrés (« le tout venant »), qui dictent leurs conduites aux médecins, simple prestataire de service (synonymes de risques identitaires majeurs présents dans l'ensemble du groupe).

« Et puis il y a le manque de respect, les Manouches m'appelaient 3 fois dans la nuit et tout le temps ça défilait et ils disaient qu'ils me payeraient plus tard !...Je me serai fait bouffer (...). Et puis signer des renouvellements d'ordonnances, des listes de médicaments déjà préparées à l'avance, ils viennent avec la liste et le chèque ! Je peux pas, je leur disais : non faut vous déshabiller – non ils devaient aller au marché ! » (salariée ayant exercé en cabinet MG).

« Bon en établissement les relations avec les patients sont présentes mais, alors que quand on est cabinet, même en exercice de groupe, on est quand même seul à se confronter avec le patient, c'est pas pareil que d'être à l'hôpital en général (...). Oui, y'a le flux en continu, mais c'est ce colloque singulier qui fait que c'est pas toujours évident » (privé nl).

« Le problème aux urgences, c'est de se colleter en permanence les familles, les patients, la bobologie » (salarié du public).

1.2 Regards croisés des spécialistes : to cure ou to care

Les réponses à la question *choix de la spécialisation* fait apparaître un dernier couple d'oppositions liées au type de spécialités exercées. Ces dernières semblent approfondir des hiérarchisations internes du travail, dépassant encore une fois le libellé des strates professionnelles⁶⁸.

Autrement dit, entre les oppositions CHU/MG – symbolisant l'absence de savoirs et de techniques (spécialisés) – il existe encore toute une échelle de perception du travail, des degrés de confort et de sécurité au quotidien, susceptibles d'être également au fondement de réponses diverses aux questions de l'enquête de la Drees. Les spécialités sont plus ou moins plus ou moins valorisantes, c'est-à-dire vitales et hospitalières (degré de tri des patients, exposant plus ou moins les praticiens à des difficultés de prises en charge et à des erreurs de diagnostic).

Il s'agira alors de présenter les caractéristiques des spécialités de gastro-entérologie, urgences, et gériatrie – les problèmes touchant ces deux dernières spécialités affinant encore ce que sont les hantises de la profession en général : la prise de responsabilité (à la base pratique de relégation de patients à tous les niveaux), mais aussi les limites de soins à venir auprès des personnes âgées en constante augmentation. À défaut d'augmenter les lits qui leur

⁶⁸ Ce qui nous amènera à ne plus toujours différencier (ou seulement) les médecins à partir des libellés de leurs strates professionnels.

sont consacrés et de pouvoir régler les problèmes de représentations négatives qui leur sont attachées dans l'ensemble de la société, on retrouverait partout (dans les services hospitaliers, en maison de retraite, en médecine libérale) une augmentation des pressions exercées sur les professionnels non médicaux salariés (cadres, infirmières, assistantes sociales, secrétaires...) susceptibles d'activer les sorties de ces patients, « *vider les lits* », « *accélérer les choses pour faire placer des gens âgés* » (logiques particulièrement visibles aux urgences via le « *triage* » de l'accueil infirmier).

A. Qu'est-ce qui amène les enquêtés à se spécialiser ?

- Des vécus de stages positifs auprès de patrons responsabilisant (« *compagnonnage* » « *passage de relais* »)

« *J'avais un patron formidable (rires), « j'ai pas eu de soucis, ni de problèmes d'autonomie, donc dans ces conditions, c'était l'idéal quoi* » (par opposition à des situations d'« *abandon* », « *je n'avais aucune responsabilité, les transmissions de savoirs étaient très très limitées* »).

- Des périodes d'apprentissage professionnels et d'expérimentations individuelles lors de remplacements

« *J'ai fait 6 mois d'interne au SAMU, y'avaient de bonnes poussées d'adrénaline, ça m'a bien plu, m'enfin je préférerais quand même un poste fixe heu hospitalier, heu c'est-à-dire que j'avais un peu mal au cœur en ambulance, et en hélicoptère, et c'est toujours tout beau : on arrive, on fait des gestes mais après le suivi des patients, on l'a pas* » (salarié privé nl), « *ça m'amusait le libéral, mais je me voyais pas pendant 30 ans soigner des petits boutons que dès fois je voyais même pas, de deviner comme ça donc la dermato de ville m'a un peu refroidi parce que c'était pas très palpable, donc je suis revenu à la gastro* », « *j'ai trouvé l'exercice de la MG un peu répitif et franchement ça m'emballait pas des masses... par comparaison avec ma maman qui était MG, qui était au fourneau tous les jours quoi, qui se battait avec les patients pour ne pas les recevoir le week-end, ça a été vite vu* » (salariés public).

Inversement, outre les revendications d'un idéal relationnel, d'une « *médecine globale* », les motivations qui poussent des médecins vers des cursus de médecine générale sont liées au fait « *avoir des activités plus variées qu'en CHU* », les spécialités pointues hospitalières étant alors également synonymes de « *routine* », proches des exercices en cabinet (« *en cardiologie on risque de ronronner* », « *un cardiologue en institution c'est vrai que c'est un peu la même chose que d'être dans un cabinet : à tenir les mêmes discours entre quatre murs, avec la même pathologie, le manque de variété, de sorties, j'aurai pas pu* »). Les spécialistes eux-mêmes admettant les possibles conséquences de « *l'absence de vue globale* » qui leur est parfois reproché par les MG, gériatres, urgentistes (vantant alors l'intérêt de soigner des patients « *qui viennent de partout* », « *de CHU, du privé, d'eux-mêmes* ») : « *C'est-à-dire qu'on a beaucoup tendance à – quand on est spécialiste – à voir le problème immédiat, alors qu'en fait la personne doit être vraiment vue dans son ensemble* » (cardiologue).

- Reste que la spécialisation officielle est présentée finalement « *paradoxalement* » comme la voie la plus facile : l'assurance de maîtriser des savoirs en acquérant des connaissances délimitées toujours par opposition à MG, belle et bien associée à un

type d'exercice cumulant tous les désavantages/CHU (sacrifice au patient et risques d'erreurs professionnelles).

« C'était très difficile et très peu gratifiant, j'ai trouvé que c'était trop dur comme métier : je ne voulais pas me retrouver en MG avec un déficit de connaissances faramineuses, on est toujours en train de courir après, on n'a jamais la sérénité d'avoir des connaissances suffisantes, alors y'a toujours la crainte de passer à côté de quelque chose de grave, il faut savoir à quel moment il faut adresser au spécialiste ou pas – donc soit on gère des petites situations du style des rhumes et on fait des ordonnances toutes les mêmes dans la journée, soit on passe son temps à avoir peur de passer à côté du diagnostic⁶⁹ – moi je trouve sincèrement que c'est une pratique professionnelle très difficile, et c'est vrai que je me suis pas senti faire ça toute ma vie. Alors la seule manière de sortir de cette situation, c'était de faire une spécialité parce qu'on arrive à connaître le domaine, puis au contraire à l'hôpital on participe à la recherche...J'admire les généralistes, à mon avis, c'est un travail particulièrement ingrat (...). J'avais un maître de stage, mais j'ai expérimenté la solitude, c'est terrifiant. Et je pense que pour les généralistes, ça doit être très dur à supporter » (MS libéral après un stage de 6 mois en médecine générale).

« Au départ je voulais pas spécialement faire de spécialité et finalement je regrette pas, et aussi avec l'augmentation des connaissances médicales, c'est plus difficile d'être généraliste, on a moins de mérites je pense d'être spécialiste, et puis même dans les spécialités, on a tendance à se spécialiser, alors du coup, on a des décisions multipluridisciplinaires, et ça fait que c'est plus simple » (cardiologue exerçant en clinique).

« J'ai fait pas mal de remplacement en MG, c'est quelque chose qui m'intéressait, c'est à dire que le contact avec les familles est disons plus convivial que dans le secteur hospitalier, on a moins de pressions. Mais ce qui me gênait, c'est le fait d'exercer en permanence dans un cabinet, sans contact d'équipe, toute une vie entre quatre murs, je pense que j'aurai déprimé (...). Bon j'ai eu l'occasion d'exercer en MG mais en demi-campagne, et en pleine ville, et c'est là qu'on se rend compte des difficultés du pauvre médecin en Auvergne ou dans la Creuse : lui il faut bien qu'il fasse avec ses dix doigts, il n'a pas de plateau technique sous la main, parfois il peut se tromper même sur des trucs qui paraissent grossiers – mais c'est facile aussi quand on a pas un plateau technique derrière...Bin on fait des bêtises. Donc c'est facile d'être méprisant pour le type qui est dans la steppe » (urgentiste établissement privé et public).

Selon les mêmes logiques, les ressentis des médecins spécialistes sont intimement liés au fait d'avoir des relations plus ou moins privilégiées avec la médecine hospitalière, synonyme à elle seule de la médecine : une médecine de spécialités d'organes hiérarchisée aussi en fonction du maniement de techniques plus ou moins prestigieuses.

« En terme d'intérêt scientifique ou d'intérêt de métier, je pense que se spécialiser c'est intéressant parce que ça permet d'approfondir, d'avoir accès aux techniques d'investigation, y'a tout un versant technique qui est intéressant (...). Nous on est proche, ça tourne autour

⁶⁹ Craintes observées en MG : « on a tout le temps peur de passer à côté de quelque chose de grave », « c'est vrai qu'au début on a tellement peur qu'on voudrait amener les patients chez soi ! (rires) ». La difficulté étant également de parvenir à poser des diagnostics : « la plupart du temps, on ne peut pas utiliser ce qu'on a appris à la fac, c'est toujours plus compliqué, mélangé ».

d'un triangle gastrologie, cardiologie et pneumologie : cœur poumons appareil digestif, c'est ça les spécialités qui sont proches. Une fois que vous avez fait ces trois spécialités, c'est pfff ! 90 % de la médecine hein...Après y'a la neurologie, y'a des choses : ORL, stomato, mais c'est plus marginal quoi » (gastro-entérologue cabinet/clinique).

Autrement dit, un dernier détour par les spécialités révèle l'importance des hiérarchisations médicales : selon les degrés de savoirs, mais aussi selon le fait de travailler sur des organes plus ou moins vitaux (« services aigus » dits aussi spécialités d'urgences), plus ou moins nobles et propres, dans des spécialités plus ou moins puissantes et nanties⁷⁰.

Quelles sont donc les caractéristiques attachées à chaque spécialité (organisation et condition de travail), et que nous apprennent-elles des identités médicales ?

Cardiologie, pneumologie, gastrologie : un même combat pour l'excellence (technique et curative)

- Le choix de spécialités nobles et fructueuses

« La cardiologie est une grosse spécialité, – régulièrement on dépasse sur les lits urgences qui sont prévus, alors ils nous donnent plus de lits. Mais comme il y a le principe des vases communicants, ça fait des frictions bien sûr – on est pas trop aimé la cardiologie, parce qu'on est considéré comme une spécialité heu nantie quoi⁷¹ (relance sur la chirurgie) – puis alors les chirurgiens cardiaques, ils ont heu une réputation de de caractériels, hyper puissants aussi (...). Bon y'a un peu cette image du chirurgien cardiaque et de la cardiologie heu, les autres considèrent qu'on – enfin les chirurgiens du ventre par exemple, ils ont des complexes par rapport à leur spécialité – l'organe noble, pro- enfin la chirurgie propre, la microchirurgie, la technicité. Y'a tout quoi, d'ailleurs c'est pour ça que ça m'a plu : vous pouvez faire tout ce que vous voulez, y'a tous types de traitements, que ça soit les médicaments, les techniques heu l'imagerie. C'est une spécialité qui a fait un bond quoi. Donc c'est drôlement intéressant, si je compare par exemple avec la neurologie heu – les parents pauvres des spécialités : la rhumatologie heu où il faut continuer à prendre des anti-inflammatoires quand vous avez mal quelque part, et puis c'est tout...Je veux dire c'est vrai que c'est une spécialité qui a, même sur le plan des médicaments hein, enfin tout. C'est parce qu'elle rapporte (ton haut), c'est pour ça hein...y'a de la recherche parce que ça rapporte – les hypertendus, ça rapporte alors les laboratoires ils cherchent heu...ils cherchent pour cette spécialité-là – mais c'est vrai qu'elle est nantie (bis), ça c'est vraiment c'est sûr. Les cardiologues avec les laboratoires, ils pourraient être dehors tous les soirs...(rires). On pourrait se faire entretenir quasiment ! J'exagère hein, mais c'est pas faux quand même » (ton redevenu plus grave, relance). La gastrologie ? C'est une belle spécialité aussi hein – ici dans la clinique, c'est les deux spécialités phares : cardio et gastro-entérologie, que ça soit médical ou chirurgical. C'est pareil, ils ont tout ce qu'il leur faut : la technique, les médicaments, la chirurgie qu'ils savent bien faire – la célioscopie s'est développée – donc c'est vrai que ce sont des spécialités qui se sont beaucoup développées aussi – (par rapport à) la dermatologie, la gériatrie, c'est des spécialités qui rapportent parce qu'il y a des examens gastroscopies, des machins, ça rapporte » (cardiologue).

⁷⁰ Vega, 1999 et 2000.

⁷¹ Encore une fois que ce soit en clinique, en hôpital public ou privé nl.

« Il faut dire que notre spécialité de gastro-entérologie est aussi une spécialité qui fait encore gagner de l'argent », « c'est vrai que dans l'observatoire de la santé, les maladies digestives sont la première cause d'hospitalisation ». « C'est une spécialité variée qui touche à beaucoup d'organes et qui a en plus un intérêt technique », « on a des actes techniques en constant progrès » (gastro-entérologues).

- La contrepartie du succès : la gestion des urgences... plus ou moins urgentes

L'obligation de prendre des urgences, et en particulier des appels qui se révèlent non réellement urgents, est présentée comme une entrave au travail (parcellisation du travail, voire perte de temps).

- La gastro-entérologie : une spécialité en lien direct avec des pôles de haute technicité se prêtant aux échanges privés/public

Elle est en effet dotée de « filières » professionnelles clairement établies (chirurgie/urgences/réanimation/radiologie) pour les « circuits » (de malades).

« Nous en tant que gastro, on dépend des radiologues – et des chirurgiens essentiellement pour les circuits de nos patients : nous on fait les diagnostics et eux ils opèrent nos malades, heu les anesthésistes aussi pour faire les examens quand même » (clinique).

Caractérisée par des alliances entre médecine de ville et hospitalière, des doubles exercices cabinet/institutions publique ou privée (et en conséquence des organisations complexes des journées et semaines de travail⁷²) pour des motifs financiers.

« Souvent on collabore avec eux parce qu'on a des appareillages qui sont un peu lourds à gérer au niveau économique » (salarié public), « on partage notre activité entre le cabinet et la clinique, du fait des contraintes techniques, d'anesthésie en particulier... peut-être qu'on déplacera notre cabinet pour avoir des facilités matérielles d'être sur place, près des services de l'hôpital et de la clinique » (cabinet).

- **La gastro-entérologie serait alors révélatrice de hiérarchisations des pathologies, de délégations de patients fondées sur des typologies présentes dans l'ensemble du groupe médical** (degrés de prestiges liés aux filtres des patients).

« Il y a vraiment deux types d'exercice en parallèle : y'a les gens hospitalisés, 50 % de vraies gastro-entérologies classiques (...) – et puis 50 % de médecine générale – c'est de la cancérologie mais pas directement liée à la spécialité (...). Le deuxième volet, ce sont les patients externes, les consultations – en gros c'est soit par le tube digestif, soit par les âges de la vie (rire), ils aboutissent chez moi. Donc soit on fait des diagnostics comme ça, sans faire grand chose – sans faire d'examens complémentaires – soit on hospitalise les gens (...). Les emmerdeurs en tant qu'hospitalier, c'est vrai qu'ils ont déjà été un peu filtrés, le MG a déjà fait ce qu'il a pu : il a déjà envoyé à un confrère de ville souvent, parce que nous, c'est vrai qu'on est un peu en 2^{ème} ; 3^{ème} ligne. Le MG c'est vrai qu'il m'envoie entre guillemet ses cas

⁷² Ex. 35h en trois jours.

intéressants. Par contre il m'enverra pas le psychiatrique ou le patient qui pense qu'il est malade, l'emmerdeur quoi » (salarié public ayant une petite activité en cabinet).

« Les personnes âgées sont très demandeurs de prévention, du cancer du colon, d'un confort digestif – y'a quand même une demande même en milieu rural de soins qui ne sont pas du confort, mais du bien-être en général (relance). Alors y'a beaucoup de malades dans notre spécialité qui ont des troubles fonctionnels qui sont un peu liés au stress, à l'anxiété qui consultent quand même pour avoir un avis, être rassurés avoir des médicaments symptomatiques sans qu'ils aient une maladie grave... ils sont plutôt retraités ». « De toute façon, beaucoup de gens ne vont pas bien sur le plan psychologique, et en fait le tube digestif, l'appareil digestif, c'est vraiment le truc où les gens peuvent somatiser énormément, donc on a les pathologies fonctionnelles, donc c'est des gens qui ont mal au ventre mais qui n'ont rien, qui souffrent d'autre chose, donc qui demandent beaucoup d'écoute (...). En médecine de ville y'a surtout de la proctologie : tout ce qui est hémorroïdes, en ville c'est la base heu (sourire puis rire très fort) – ça fait sourire mais bon on soulage beaucoup beaucoup de patients hein. Donc ça c'est pas une consultation difficile parce que ça va assez vite – on en soigne quand même pas mal et notre boulot de soigner quand même les gens aussi (ton bas) (...) avec tous les progrès de l'endoscopie, il n'y aura plus de cancers du colon, mais y'aura toujours les gens qui ont mal au ventre (rires), on a encore quelques beaux jours devant nous ! » (libéral cabinet/clinique).

B. Les urgences, des services où se concentrent et se démultiplient tous les paradoxes (révélateurs de dysfonctionnement du système de santé en général)

Les enquêtés tendent d'abord tous à nuancer les différences ayant existé entre les exercices public/privé.

« Non, les profils des patients sont assez similaires maintenant, les conditions de travail aussi » (médecin libéral travaillant dans le public), « à l'époque, il y avait très peu de structures privées qui accueillait les urgentistes, voire aucune dans le Nord, enfin une mais qui avait un statut semi-public semi-privé. On a commencé à voir des annonces, mais quand on se penchait sur les contrats c'était des supers médecins basés aux urgences, des cliniques chirurgicales, ce qui permettaient au chirurgien de continuer à exercer son activité de bloc opératoire entre autre, ou de consultation, sans être embêté par heu les urgences tout venant. Ça revenait à être un super interne, donc ça m'a totalement freiné dans mon installation... ça commence à être nettement mieux, à A. J'ai une collègue totalement satisfaite : partout en 10 ans de temps, ça a complètement changé, explosé » (salarié du public).

La spécialité étant caractérisée par :

- des parcours professionnels complexes : temps partiels, cumuls d'emplois et exercices mixtes...typiques d'une spécialisation en phase de reconnaissance⁷³.

« Je suis coordinateur du département, pour tenir au courant les différents médecins des urgences sur tout ce qui se passe sur les lits d'hôpital, parce que finalement aux urgences, on n'a pas beaucoup de médecins à temps plein, on a beaucoup de temps partiels – qui ont soit des cabinets, soit une autre heu...activité ailleurs », « c'est partout : on a presque tous un double emploi, en cabinets surtout, au moins des cumuls de salaires », « on ne peut pas vivre que des urgences », « enfin, moi je pourrai pas faire plus de gardes alors – le plus dur c'est l'articulation de mes différents postes ».

- Une médecine salvatrice, fondée sur des apprentissages de terrain nécessitant une endurance professionnelle

« Je me suis retrouvé totalemment impuissant face à un patient qui a failli mourir devant mes yeux, j'ai eu le déclic », « en fait, j'ai eu un mort, j'ai décidé de mieux me former », « je me sentais encore un peu faible, je me suis retrouvé 2 fois devant des menaces d'accouchement, alors j'ai fait encore 6 mois en maternité, et il y avait quelque chose qui me faisait quand même extrêmement peur, et qui représentait 30 % de notre activité SMUR, c'était les urgences cardiaques, du coup j'ai fait 6 mois aux soins intensifs à L. ».

« L'urgence, c'est quand même un métier de terrain : on sort vite des livres pour apprendre le concret sur place, donc c'est sympa. Il faut bien 1 ou 2 ans d'assistant temps plein dans les services des urgences pour commencer à appréhender la médecine d'urgence ».

« On est tous les jours en rupture, en charge, mais ça fait partie du stress dont on a l'habitude, c'est aussi je crois lié à une certaine psychologie derrière, une certaine psychopathologie (rires) : y'a peut être aussi une certaine médecine de cow-boys, il faut pas dire ça mais on aime bien quand ça bouge, – bon y'a des moments où c'est un peu trop quand même – mais la charge de travail ne nous fait pas peur. Je crois qu'il y a des spécialités, l'anesthésie, la réa, la chirurgie, la chirurgie d'urgence, ce sont des tendances sous-jacentes, c'est que les gens qui sont là-dedans sont probablement un peu particuliers, heu ils n'aiment pas les complications, il faut que ça aille vite. Si on est pas comme ça, on lâche, on craque vite : y'a une sélection qui se fait ».

- Une médecine d'équipe, de réseau « de prise de décisions d'un commun accord », « s'il y a bien une chose qui marche en médecine d'urgence, c'est bien les réseaux »

⁷³ « À l'époque de toute façon, pour la médecine d'urgence y'avait pas de formation spécifique, alors j'ai fait de la MG en parallèle », « à l'époque, ces services n'intéressaient pas grand monde – y'avait pas de postes d'assistants : pas de carrières possibles – jusqu'à leur explosion », « ils se sont rendus compte que les urgences étaient le principal fournisseur des hôpitaux et il y a eu la montée de la pression procédurière : la création de postes fixes car les patients ne voyaient jamais aucun médecin diplômé : avant les assistants des autres services ne se déplaçaient que pour « les gros coups » car ils étaient engagés dans les recherches, les thèses : le personnel des urgences était en constant renouvellement et sans expériences ». « C'est à force de persévérance qu'on s'est fait reconnaître », « aux urgences, on leur fait miroiter des postes de praticiens, alors ils sont bardés de diplôme, et bientôt plus que les patrons et toujours attachés, vacataires...Y'a de belles inventions pour avoir du personnel hein ».

« c'est important pour un urgentiste, qui a quand même un grand panel de pathologies, d'être appuyé par des spécialistes ».

Pourtant, l'exercice semble aussi cumuler toutes les difficultés, se rapprochant finalement des exercices en MG :

- Le flux du travail (absence de coupure, disponibilité permanente)

« Travailler la nuit », « ne pas avoir forcément de récupération, travailler avec des rythmes décalés », « vraiment les urgences, c'est du temps dense hein, on n'a pas vraiment le temps de s'arrêter, c'est continu : entre les dossiers, y'a un flux continu, on en a plein les pattes le soir ».

- La gestion problématique de patients non triés

« ...Non, c'est passionnant, y'a pas que le côté agressif avec les patients, on peut avoir des trucs très variés, plein de panels de la société, je veux dire c'est amusant, on voit aussi la France d'en haut, la France d'en bas, du milieu, comme dire ? On a une clientèle, un panel très large (...) mais le problème...Nous aux urgences, par la force des choses y'a tout qui nous tombe dessus ! » (silence). « Le problème, c'est qu'on a 30 % de pathologies médicales : des maladies qui pourraient très bien être traitées en cabinet, notre spécialité les urgences vitales c'est 5 % », « on n'a que 10 % qui nécessitent vraiment un gros plateau technique ! ». « Voilà, alors on espère que les maisons médicales ça va désengorger aussi les consultations de MG, parce que c'est vrai que le temps que je passe à voir une angine, bin c'est 1/4 d'heure de moins pour un autre patient quoi, on traite plus les soins d'urgences »⁷⁴.

- Des décisions constantes, difficiles à soutenir, en solitaire

« On n'est pas forcément toujours assez forts pour supporter certains types de situations : la mort sur le terrain, la mort aux urgences, la souffrance – bon on en discute un peu entre nous mais...Et puis on est obligé de gérer heu beaucoup de situations en même temps – mais ça avec l'âge la maturité on y arrive mieux. Non, on a du mal un peu à quitter sa blouse quand on sort d'ici parce qu'on repense à ce qu'on a fait : « alors est-ce que j'ai bien fait ? ». Bon on peut reparler entre nous des dossiers, on ne peut pas parler de tous les dossiers – et puis à un moment donné il faut quand même les signer, laisser repartir les gens, et ça c'est pas toujours facile. Mais c'est vrai que les urgences c'est une prise de décision rapide efficace, on n'a pas vraiment le droit à l'erreur puisque, bon c'est vrai : on gère quand même des vies ». « Le problème, c'est surtout les patients renvoyés à domicile : c'est bien au sein des services des urgences qu'il faut prendre ce type de décision et que parfois cette décision est prise, avec des responsabilités énormes, avec tout ce que ça peut impliquer derrière », « le problème c'est les gens qui veulent repartir ». « Les urgences c'est assez fatigant : c'est beaucoup de responsabilités, on est en première ligne pour les procès ».

Plus précisément, les urgences sont au cœur de deux problèmes médicaux fondamentaux : les intérêts antagonistes des spécialités à dominante médecine générale

⁷⁴ Même discours chez les MG, objet d'un encadré à la fin du chapitre (voir aussi annexe 2).

avec les spécialistes hospitaliers (et plus généralement entre la médecine libérale (cabinet) et la médecine hospitalière).

- Les urgentistes sont en effet déjà confrontés quotidiennement aux logiques de spécialisation des autres médecins hospitaliers qui refusent de prendre des patients faute de places, mais aussi lorsqu'ils n'entrent pas dans leurs champs d'intérêts et/ou d'activités spécifiques.

« Déjà on est un petit établissement, donc on manque de lits d'aval comme beaucoup de services : l'hôpital ne peut pas tout absorber car il doit aussi vivre des lits programmés, c'est difficile de trouver un équilibre entre les entrées dans les urgences et les entrées programmées » (urgentiste, public).

« On est déjà très sous dimensionné par rapport aux besoins de santé d'ici – comme c'est une région touristique, il y a des pics l'été et l'hiver aussi, avec tous les problèmes d'infections – c'est plus des gens locaux. Donc on a une sur-occupation de l'hôpital, les patients de médecine vont en chirurgie, les patients sont refusés heu. Et maintenant l'intersaison s'amenuise d'année en année – par exemple on va déjà avoir les vacanciers de Pâques. Alors ça donne que les urgences n'arrivent jamais à nous caser des patients parce que nous n'avons plus de places, heu les médecins de ville n'arrivent pas à nous faire d'entrées directes, donc passent par les urgences, les pneumologues de ville pareil, donc tout ça, ça embouteille le système (pneumologue, public). « Si on a une place directement dans le service – si on peut éviter de le faire passer par les urgences, on le prend directement, si ça relève de notre spécialité »⁷⁵ (gastro-entérologue, public). « Donc pour mes collègues des urgences, est-ce que c'est un manque de collaborateurs spécialistes ou plutôt un manque de disponibilité des spécialistes qui sont présents ? Je sais que quand je travaillais dans les services des urgences, mon souci c'était d'avoir un collaborateur chirurgien, qui était certes de garde, mais qui était toute la matinée au bloc par exemple... » (salarié du public, SAMU).

- Ces logiques entraînant en conséquence des difficultés de placement de patients, gérées le plus souvent par des paramédicaux

« C'est tout le système qui est en adéquation, le problème c'est qu'aux urgences on est censé n'être jamais plein : on rajoute, on rajoute : parfois y'a des brancards alignés dans tout ce couloir ! On n'a pas de limites, et le problème à l'autre bout, c'est d'accepter le patient, alors on essaye de trouver une spécialité voisine, – et y'a des refus. Le plus dur c'est d'accepter l'incompréhension des autres médecins » (cadre infirmier urgences publiques).

Notons que faute de règles obligeant à prendre « les reliquats » des urgences, des réquisitions de lits par les administrateurs au coup par coup semblent récurrentes.

- Ces problèmes se posent en particulier avec les personnes âgées de plus en plus nombreuses et « incasables », révélant les limites des prises en charge hospitalières (structures et logiques de soins toujours inadaptées).

⁷⁵ Posant aussi des problèmes de régulation des médecins SMUR-SAMU avec les médecins hospitaliers. Ces médecins étant confrontés aussi au problème d'un découpage administratif, et non en terme de proximité et d'offre de soins.

Contrairement aux urgences vitales (« où il y a des circuits spécifiques », « la chirurgie ou un trauma crânien chez un sujet jeune ça pose pas de problème », « les urgences vitales sont réglées par le SAMU, c'est eux qui règlent tout : trouver une place dans le service d'arrivée, etc. D'ailleurs le médecin c'est pas son rôle de passer 3 heures au téléphone, enfin il en est dégagé... »), **il n'existe pas de filières claires pour les personnes âgées car souffrant de poly-pathologies.**

Tous les enquêtés témoignent alors « de patients qui se retrouvent dans une impasse », « baladés » (et alors éloignés de leurs proches), « dans le mauvais service », faute de lits hospitaliers (en nombre et/ou disponibles), puis entre structures de soins de court ou moyen séjours. Mais aussi à cause de logiques d'hyper spécialisations médicales, encore centrées sur la prise en charge de patients curatifs et technicisés.

« Les lits de médecine, de chirurgie, je pense pas qu'il en manque, après c'est une histoire d'utilisation, enfin heu parfois certains spécialistes ne veulent pas tellement se mouiller parce que surtout les polyopathologies c'est des gens qui vont rester longtemps dans les lits d'hospitalisation : ils bloquent les lits longtemps par rapport aux activités programmées ».

« ...Donc là oui, il faut trouver des places, placer ces patients, c'est pas toujours facile : aujourd'hui il n'y a que 2 places paraît-il sur la structure (publique) », « tous les gros services des centres villes sur la France sont encombrés de gens âgés qu'on a du mal à placer quoi ». « Avant la canicule, en décembre – enfin pendant toutes les vacances, nous on sait déjà qu'on va avoir de gros soucis parce que beaucoup de personnes âgées se retrouvent orientées vers l'hôpital, qu'elles ont des pathologies intriquées, alors on les met en attente ». « Et les familles je les comprends aussi, elles ne comprennent pas pourquoi on peut pas avoir d'hospitalisation rapide, ils sont relativement outrés : quand on voit effectivement des gens âgés qui restent 48 heures sur un brancard – c'est des lits brancard mais dans les couloirs – pour nous c'est déjà pas facile à vivre, alors bon pour les gens, pour la famille c'est intolérable quoi. Ils ne comprennent pas pourquoi dans un grand pays comme la France on laisse des gens dans les couloirs, comme dans les pires moments des hôpitaux d'avant, alors qu'il y a quand même des lits disponibles ».

- Autre conséquence, la transformation « des services portes », lits « de post urgences » ou unités de courte hospitalisation de plus en plus débordés : « ça devient presque un court séjour, voire même un séjour gériatrique » (alourdissant encore en particulier le travail des professionnels non médicaux).

Les soins se reportant finalement en bout de chaîne vers les personnels des l'Hospitalisation à domicile (HAD)⁷⁶, les paramédicaux libéraux⁷⁷ et les professionnels des maisons de retraite « qui tiennent,...jusqu'à finir par renvoyer les gens aux urgences » (urgentiste), **et finalement vers les familles.**

⁷⁶ « On a du mal pour les HAD les trucs comme ça, parce qu'il faut trouver des gens compétents, assez disponibles et puis parfois c'est tellement lourd comme soins qu'ils ont du mal à assurer - parce que maintenant c'est au-delà des personnes qui ont besoin de toilettes, de portages, c'est soit des personnes technicisées, et heu soit qui sont déjà limites dépendantes » (urgentiste).

⁷⁷ Reconduisant les problèmes de prises en charge vers les (para)médicaux libéraux (suite à des hospitalisations plus courtes), témoignant de difficultés de prises en charge techniques, mais aussi de passages hospitaliers répétitifs extrêmement déstabilisateurs pour les patients (constat également fait par des hospitaliers de la post enquête).

« On voit bien que les familles essayent de les tenir jusqu'au bout, ici c'est classique : elles font le maximum et puis un jour elles craquent, parce qu'elles ont du travail, leurs enfants et puis elles peuvent plus s'en occuper quoi, ou alors elles tombent malades. Je crois qu'on va avoir ce problème de plus en plus dans les 10 ans qui viennent » (urgentiste). « Les familles assument puis c'est trop, ça donne des passages de force aux urgences, dans les maisons de retraite, enfin y'a aussi – faute aussi trouver des personnes pour faire les toilettes à domicile, de lits en maison de retraite » (psychiatre). « C'est lié au manque de lits en gériatrie, c'est partout je crois », « les filières gériatriques ne sont pas encore bien mises en place » (urgentistes). « On a des patients de plus en plus nombreux et en plus en plus lourds...plein de patients qui restent plus longtemps que prévu parce qu'ils n'ont pas de place » (gériatre).

Familles néanmoins souvent stigmatisées quand elles se déchargent de leurs patients auprès de professionnels déjà « surbookés » (« elles se débarrassent comme ça », « les gens n'assument plus rien, ils ont peur de tout » etc.⁷⁸).

Mais les témoignages des enquêtés révèlent aussi des systèmes de relégations de patients par les libéraux (détournement de filières traditionnelles de régulation par les médecins eux-même).

Les médecins urgentistes sont également confrontés à l'arrivée directe de patients adressés par des hospitaliers mais surtout par des médecins libéraux :

- **afin de faire bénéficier du plateau technique des urgences** (« d'un minimum de bilans, de prise en charge par une équipe médicale ») **pour écourter les itinéraires de leurs clients.**

Notons que cette recherche de rapidité et d'assurance dans les soins est beaucoup plus critiquée et/ou moins bien acceptée et comprise quand elle est décidée par les patients eux-même.

- À cela s'ajoutent des personnes « qui n'entrent pas par les services habituels, qui vont consulter directement aux urgences, – qui ne passent pas par le 15, – qui sont adressés par leur médecin, dont des personnes porteuses de grosses pathologies type infarctus. Et c'est l'urgentiste des urgences qui se retrouve avec ce type de patients qu'il devra prendre en charge, mais pour lequel il va falloir trouver un lit d'aval ».*

Ces phénomènes expliquent pourquoi des médecins exerçant en établissement dans des spécialités vitales expriment aussi des envies de travailler en cabinet, alors synonyme de moindres responsabilités (possibilités de décharge vers l'hôpital, et surtout dans les urgences) : « J'y ai déjà pensé (à un exercice en cabinet)...je pense que ça serait beaucoup plus simple. Parce que vous gérez votre cabinet point. Quand il y a un problème, vous faites hospitaliser et puis voilà quoi » (cardiologue exerçant en clinique).

Il s'agit la plupart du temps de patients de médecins généralistes confrontés à des risques vitaux a priori, décidant de placer leurs patients aux urgences, tant pour se rassurer (ne pas prendre le risque de passer à côté d'une vraie urgence) que faute d'être

⁷⁸ Discours présents en médecine libérale (cabinet).

parvenu à joindre des MS hospitaliers (indisponibles ou ayant refusé de prendre leur patient dans les services), **et faute d'avoir pu placer leurs patients chez d'autres confrères libéraux** (« *Faute de place aussi en ville, j'envoie des patients aux urgences, même si c'est pas une solution* » (psychiatre libéral)).

« *Je sais bien, je l'ai fait de l'autre côté : déjà ils n'arrivent pas toujours à joindre l'hôpital et puis si ça s'aggrave...* » (urgentiste ayant pratiqué la MG).

Mais il faut noter que l'on retrouve en fait à tous les niveaux ces logiques de décharge et/ou non prise de risques, même chez les médecins des SMUR.

« *Pour abonder dans le sens de nos collègues libéraux, il y a une dérive qui fait qu'on appelle de plus en plus le médecin pour un oui ou pour un non, et dans certains endroits en fait, on appelle le médecin comme on commande une pizza, – sauf que les médecins libéraux ont répondu en fermant leurs cabinets et en disant faites le 15. Et avant vous aviez des numéros de téléphones de MG, de médecins libéraux dans les journaux, dans... Tandis que nous, on ne peut pas fermer le centre 15, donc on a tout ce report d'activité qui vient chez nous... Mais quand vous avez un appel à 21 heures pour un gamin qui a de la fièvre, qui a 40, c'est quand même difficile de dire : bin écoutez Madame, en attendant faites ça, ça, et attendez que le médecin soit là demain – alors on a tendance à renvoyer ses patients si y'a pas de MG disponibles, à les envoyer aux Urgences, parce qu'on ne peut pas prendre de risques ».*

Les médecins urgentistes ayant eux aussi tendance à des relégations vers les MG : « *on les rassure et on leur dit d'aller voir leur médecin traitant* » (sans toujours vérifier si les patients en ont un, et/ou quels que soient les délais d'attente des autres offres de soins...).

C. La gériatrie, une spécialité aux limites de la médecine hospitalière

Les gériatres hospitaliers sont peu cités tant par les MG que par les MS, bien qu'ils « *volent* » des lits « *bloqués* » par des personnes-âgées (« *en fait, on est en milieu de chaîne, on sert un peu à décharger le CHU et les cliniques privées de courts séjours, c'est pas toujours facile à gérer* ») –, voire peu visibles au sein des structures⁷⁹. Ils sont en effet avant tout assimilés à l'exercice d'une « *médecine polyvalente* », en partie en charge des fameuses poly-pathologies difficiles à soigner, et à ce titre « *à part* » (« *les personnes âgées c'est du verre, c'est compliqué, le sommeil surtout, les douleurs, c'est pire que les femmes enceintes !* (rires) (gastro-entérologue), « *la gériatrie, c'est pas technique, et quand vous avez vraiment que des personnes âgées, vous hésitez un peu plus à – vous êtes plus prudent dans vos investigations* » (cardiologue), – voire « *proche de la médecine générale* ». « *Paradoxalement dans les services de gériatrie, c'est finalement ce qui ressemble le plus à la MG : on a un peu tout ce qui vient, – alors pour certains, ça peut tourner au mouvoir mais pas forcément –, et donc ils s'occupent vraiment de la pathologie de toutes ces personnes âgées, ils s'approchent plus de la MG : ils ont des cardiaques, des pulmonaires, des digestifs, un peu toutes les pathologies* » (urgentiste).

Le paradoxe étant plutôt que les gériatres interviewés (mais tout comme les urgentistes) ne désirent jamais s'identifier avec les médecins généralistes (malgré le fait que tous les enquêtés

⁷⁹ Peu indiquées dans les listing fourni à l'entrée des hôpitaux et/ou par les signalétiques dans les espaces hospitaliers, voire peu connues des personnels des standards téléphoniques.

ont fait ou ont eu le désir de faire de la MG). Ils seraient en effet dans des positions fragiles d'intermédiaires dans les échelles de prestige.

- « *Les personnes âgées, on ne peut pas les laisser à l'hôpital, parce que ce sont des patients qui n'ont pas besoin de bénéficier de plateaux techniques* » (gériatre, CHU).

Quelles que soient les spécialités, l'exercice hospitalier resterait en effet symboliquement le lieu d'un travail au sein d'équipes de professionnels autour de soins curatifs technicisés et moins un travail d'accompagnement (to care). Représentations expliquant des relégations des gériatres eux-mêmes vers les MG, des structures moyens ou de longs séjours, encore moins attractives (soins non curatifs, non techniques et gestion de la mort).

- Ils assimilent leur travail à « *une médecine globale* » comme les MG (« *je voulais pas avoir une spécialité d'organes et je voulais pas dévier de la prise en charge globale du patient* »). Insistant par exemple sur le fait que les proches du patient deviennent incontournables : « *en gériatrie vous pouvez absolument pas en pas tenir compte de l'entourage, en gériatrie, c'est colossal, surtout les conjoints* » (médecin gériatre)⁸⁰.

Mais au quotidien, c'est justement **la gestion des familles qui s'avère être également la plus stressante (comme dans les autres spécialités)**⁸¹.

« *Ce qu'il y a de plus dur en gériatrie, c'est peut-être d'avoir à traiter les familles et les parents âgés... Je crois qu'il y a aussi, et parce qu'on y passe beaucoup de temps, c'est la relation avec les familles, parce que l'encadrement (lapsus), l'accompagnement des familles, enfin on leur donne une vue prospective des choses : enfin on leur explique qui peuvent pas s'améliorer, elles peuvent se stabiliser, elles peuvent se, on peut apprendre à les, à les gérer, mais l'un dans l'autre ça va pas mieux, on n'a pas encore trouvé le processus qui fasse régresser les dégénérescences – (ton bas) ». « Y'a un énorme problème autour de la mort, les gens ne l'acceptent pas... C'est pas forcément ceux qu'on aura vus les plus souvent auprès du patient entre parenthèses⁸² ».*

- **La gériatrie serait alors au cœur de l'un des principaux non-dit du travail médical : le rapport toujours problématique à la mort et en particulier à la fin des soins curatifs.**

« *La gériatrie a quand même une connotation sociale, c'est 50/50 médecine, 50/50 du social donc on n'a pas forcément les mêmes avis entre confrères – la médecine est la même, mais il faut avoir un petit bagage derrière soit plus en matière philosophique parce qu'on soigne des gens en fin de vie (...). Ce qui est dur aussi, c'est d'être un peu sur le qui vive pour savoir ce qui est vraiment curable ou pas curable : par exemple quand vous avez quelqu'un de très confus : est-ce que c'est un Alzheimer qui commence ? Est-ce qu'il est temporairement désorienté ? Qu'est-ce que ça va entraîner pour lui ? (...). C'est pas de la cardio hein, c'est de la médecine très très générale ». « Y'a pas un jour où on se dit pas : « pourquoi je laisse*

⁸⁰ « C'est un cercle : vous savez, il y a des couples qui s'étaient, alors dès qu'il y en a un qui se casse le col, qui a un problème de santé, bin c'est pas un, c'est les deux qu'il faut hospitaliser – parce qu'ils n'y arrivent plus, y'en avait un qui faisait les courses tout ça (rires) (pneumologue, public).

⁸¹ Thématique générale traitée en 2.3.

⁸² Leitmotiv des jugements négatifs des proches des patients identiques en libéral.

pas tomber ? Est-ce que je soigne ou je soigne pas ? Est-ce que je traite ou pas ? Forcément ce sont des gens qui ont entre 90 et 100 ans ». « C'est dur, ça décape un peu – cette grande dépendance, ce grand sentiment d'inutilité (...). Mais ça c'est le propre de la gériatrie : faut-il laisser quelqu'un chez lui qui ne sait plus ce qu'il fait ? ».

Derrière cette problématique du retour des patients à domicile présente parmi tous les praticiens de première et de dernière ligne, ce serait encore la responsabilité médicale qui serait en jeu. Mais les gériatres, au même titre que les médecins concernés plus régulièrement à la finitude exprimeraient aussi 1. de nouvelles incertitudes identitaires : *« jusqu'où soigner ? Mais dans quelle condition on maintient les gens heu – si c'est pour... Franchement, j'ai peur qu'on ait pris un peu de retard à ce niveau-là »* (psychiatre) 2. des difficultés récurrentes à parler et à partager la mort avec des non professionnels (*« C'est une personne qui nous a échappé comme je dis parfois »*) (psychiatre).

D. Où sont désormais les limites des soins ?

Les enquêtés ont souligné des carences :

- Le manque de recommandations concernant des choix difficiles

« On travaille tous pareil, enfin avec les recommandations ANAES, il y a une standardisation des pratiques : tout est dit ce, qu'on doit faire, pas faire, c'est bien d'ailleurs, mais... Par exemple, est-ce qu'il faut opérer un patient de 90 ans qui a un cancer du colon ? C'est très compliqué ça, donc ça c'est encore une prise en charge individuelle, heu la prise en charge des personnes âgées ça va être très très compliqué » (gastro-entérologue libéral).

- Le manque d'accompagnement des professionnels et de structures adaptées

« On est confronté à ce problème en cas de détresses respiratoires ventilatoires : « est-ce qu'il faut intuber pas intuber ?, la réa est-ce que t'as des lits, t'as pas de lits ? ». C'est vrai que bon on arrive à résoudre quand même le problème en équipe en disant : « bin j'ai pu qu'un lit, ouais, ça m'embête tu vois cette personne, bon c'est pas évident ». Mais on a depuis quelques temps, alors que je le voyais pas avant – là encore ce week-end –, des décès aux urgences. Alors qu'avant on arrivait quand même à trouver un lit, enfin en HAD, à effectuer un transfert – moi j'ai trouvé ça très difficile, les équipes aussi hein : que quelqu'un décède aux urgences – on avait mis la famille du patient dans un box, vraiment pas très agréable. Bon on perd un peu d'humanité là, c'est un peu difficile hein » (urgentiste).

- Le manque de formations

Mais il semble que ces nouveaux besoins soient aussi entravés par des logiques d'autonomie, d'endurcissement et des devoirs acquises durant les formations initiales.

Des difficultés à aborder et à parler la mort

- Qui semblent s'atténuer chez les nouvelles générations

« C'est vrai qu'on ne nous apprend pas à la Fac, – pas du tout – à mettre les mots derrière, ou les mots à ne pas mettre d'ailleurs (...). On sort très jeune et en plus on est éduqué plus à l'inverse, c'est notre échec à nous – la mort hein, pour un médecin – c'est pour ça que je pense qu'on a aussi une espèce de complexe qui est difficile à gérer et qui fait qu'il y a un conflit, entre les familles et les médecins (rires). Or, si on veut apporter un peu de sérénité aux familles, il faut assumer, faire face...heu quelque part le patient ne nous appartient pas, donc on n'a pas le droit de leur voler heu en faisant croire qu'on vit la même chose. Je crois qu'il faut pas leur mentir, mais par contre on peut avoir une espèce de dignité en face d'eux pour les aider à, du moins à parler et à évacuer (...). Mais je pense que ça change un peu honnêtement, enfin moi j'ai moins de problèmes avec mes confrères jeunes médecins, par rapport aux médecins plus âgés. Bon c'est vrai que mon stage en service de soins palliatifs⁸³ m'a beaucoup apporté, mais je trouve que maintenant les médecins sont moins corporatistes. Je veux dire qu'avant, c'était la sacro-sainte profession, il fallait pas toucher, il fallait pas suggérer quoi que ce soit, c'est pas possible : on savait tout. Maintenant y'a des ouvertures vers les sciences humaines, des spécialistes de la mort » (gériatre, 34 ans).

« Moi je fais partie d'une génération qui trouvait déjà ça un peu exagéré avant – enfin que le patient était à l'hôpital vraiment un numéro – j'ai vu des consultations de cancérologie d'ORL avec heu 50 personnes autour, le gars qui ouvre la bouche heu dit : « c'est un cancer » devant tout le monde, enfin... des trucs innommables. Donc ça a un petit peu changé quand même (ton qui m'interroge aussi – relance). – Oh oui, d'ailleurs les gens ils le disent, les personnes âgées en particulier, ils y sont très sensibles – ouais je pense que ça a changé, je sais pas vous avez dû voir d'autres personnes (je suis obligée de dire oui) – c'est plus du direct – et puis on a peut-être moins peur – enfin – je crois qu'on a eu une période où les médecins se croyaient – enfin il y a eu une période où les médecins étaient impuissants, ils parlaient toujours de la mort, ça faisait partie du truc, au début de siècle – et après, je pense qu'on a dû passer une période où la médecine était super puissante, je sais pas dans les années 70 – où ils ont commencé à faire des trucs extraordinaires mais à devenir quand même super puissants : par exemple, il fallait plus perdre de malades heu plus rien. Maintenant on est un peu revenu de tout ça quoi, on n'hésite pas à parler de la mort avec les malades et tout ça quoi, c'est bien, non ? » (cardiologue, 44 ans).

- Reste que la mort serait encore sinon vécue comme un échec par des médecins salvateurs, au moins peu parlée spontanément (comme dans l'ensemble de la société).

Pourtant nos entretiens regorgent de confidences de souvenirs traumatiques plus ou moins « digérés » de morts pendant leurs stages.

« On a tous nos premiers morts comme interne, voire...un médecin a toujours un cadavre dans le placard, moi j'ai mis 6 mois à m'en remettre » (MG exerçant en dispensaire⁸⁴). « Le

⁸³ « Ce qui nous manque c'est de travailler davantage avec les services de soins palliatifs, ils sont pas assez nombreux encore – pour se partager mieux la fin de vie, les malades lourds, car avec les infirmières, les auxiliaires de vie, on s'épuise vite » (médecin généraliste, 37 ans).

⁸⁴ Informateur ne faisant pas partie des post-enquêtés.

plus dur, c'est en début de formation, les échecs qu'on essuie, et quand je repense à cela, maintenant après 15 ans d'exercice, je me dis qu'ils sont dus à un certain degré d'incompétences. Alors ça a les conséquences que ça a, donc on se sent quand même responsable de...du décès, de la complication, de la..., c'est pas faux on est en partie responsable. Si on arrive pas à intuber un malade parce c'est vrai, on y arrive pas et on est seul – alors qu'un Senior qui en aurait fait 500 aurait réussi –...donc ça c'est, ça reste là (geste vers la gorge). Y'a quand même de l'accompagnement mais y'a quand même un moment donné où on est tout seul – je crois que ça, c'est c'est – y'a pas de solutions, je crois pas qu'il y ait vraiment de solutions – enfin juste peut-être, y'a certains apprentissages qu'on pourrait : par exemple au lieu de nous propulser en réanimation, on pourrait avoir une semaine de – mais en fait c'est à chaque – c'est à soi normalement de prendre sur soi, de se dire : « faut que je me forme à ci, à ça » – enfin y'a beaucoup d'autonomie... C'est à la fois bien quelque part, et à la fois heu – bon dès fois peut-être ça pourrait être un peu plus accompagné – pas forcément encadré au moment de la prise en charge mais avoir – mais je crois que ça ça c'est amélioré hein, enfin moi déjà – y'avait déjà des formations aux Urgences qu'on faisait pas, quand moi j'étais interne – donc ça c'est s'est certainement amélioré. Mais de toute façon heu l'expérience que vous avez, c'est comme dans tous les métiers hein- vous pouvez pas, ça s'invente pas, et même si y'a quelqu'un sur place ça s'invente pas... (relance sur le fait que cela fait partie de l'identité professionnelle soignante) – je pense oui (bis). Mais bon si vous dites ça aux personnes, c'est un petit peu difficile à entendre non ? Je veux dire pour les populations d'entendre ça : que finalement il y a une espèce d'apprentissage heu obligatoire heu » (cardiologue).

- Ainsi, le passage en réanimation est encore jugé « le plus dur », « la claque », mais aussi « le plus formateur », « le plus fort en raisonnement médical ». **Car les apprentissages sur le tas « avec de la casse » sont toujours perçus comme des rites de passage pour acquérir des formes de distanciation émotive** (d'où les minorations partout des besoins ou peu d'utilisation des aides et soutiens d'ordre psychologiques, malgré les discours). « ...Heu si, après on le ramène à la maison quand même parce que c'est pas facile à s'en départir (bredouille), le cancer du poumon atteint des gens de plus en plus jeunes, et de plus en plus des femmes, donc ça donne une charge psychologique et une charge émotionnelle dans le service, heu sur tous les soignants : l'infirmière, l'aide soignante, le médecin l'interne, heu le psychologue, la secrétaire – c'est des choses pesantes de prendre en charge des patients jeunes en soins palliatifs, heu mais c'est pas pour ça qu'on les refuse hein, c'est pas un refus de les faire, c'est qu'on sait que c'est pesant, point. Là aussi l'intérêt c'est d'avoir une équipe un peu bien structurée, à peu près bien soudée, qui se parle et qui peut essayer d'évacuer ce genre de choses ».

Le passage en réanimation étant aussi le plus rassurant pour les futurs libéraux, amenés plus que d'autres médecins à faire face seuls à l'urgence (au moins dans un premier temps).

« Après on est tranquille, il peut vous arriver quoi que ce soit avec un patient : le malade fait un arrêt cardiaque, bon. On arrive à réagir sereinement, sans se stresser ». « Quand on veut faire MG, on a intérêt à ne pas rester en CHU, mais dans un hôpital de ville moyenne, en passant par tous les services » (MS cabinet).

À ces logiques d'initiation, d'endurance, s'ajouteraient des logiques théoriques et morales.

Les constantes des raisonnements médicaux : to cure>to care

- Les toujours possibles soins curatifs

« Si on raisonne en terme de soins sur une personne, une infection de pneumonie reste une pneumonie chez n'importe qui, c'est pas parce que la personne est démente, ou dans un fauteuil qu'il ne faut plus la soigner, ou à 90 ans soigner une pneumonie c'est licite. Chez les patients âgés, je ne le vois pas comme une difficulté, non : y'a des gens de 90 ans, qui sont en très bon état général, qui ont un accident X, une pathologie X et on la soigne en tant que telle, si c'est réversible, c'est réversible aussi à 90 ans. Alors après, on n'a pas la démarche de se dire : 'est-ce qu'il faut faire tel soin parce que la personne est très âgée, parce que ce n'est pas un investissement en terme d'espérance de vie', c'est pas une question qu'on va se poser quand on est près du patient, – peut-être le soir au coin du feu, mais c'est pas une question pesante. Si on lui dépiste une pathologie incurable, on va se diriger assez naturellement vers des soins limités, plus limités que sur une personne de 40 ans » (pneumologue).

« Enfin on a beaucoup de personnes âgées quand même – et maintenant on les soigne comme les autres hein, de plus en plus. On opère des gens de 90 ans, du cœur (d'un ton qui ne dit pas ce qu'elle en pense, elle rit – je lui demande) heu oui – enfin les gens qu'on a fait opérer c'était raisonnable – enfin les personnes étaient d'accord heu c'était des gens qui étaient en bonne heu, qui avaient bien leur tête heu... C'est un risque qui n'est pas négligeable mais, – non les 2-3 personnes qu'on a fait opérer âgées ça c'est plutôt pas mal passé... heu (relance sur la nouveauté du vieillissement). Le problème c'est après quoi, le problème c'est finalement pas la chirurgie cardiaque, c'est après quoi. Si 5 ans après vous revoiez les gens avec une démence parce qu'ils ont 95 ans, vous vous dites : 'j'aurai mieux fait de pas le faire opérer' (ton bas et de suite presque en criant) – pas à cause du problème cardiaque quoi ! » (cardiologue).

*- **Renforçant des difficultés à annoncer des maladies incurables ou de mort soudaine (absence de diagnostic)** particulièrement dans les services d'urgences⁸⁵ Même si partout (y compris en MG), l'écoute et l'accompagnement des patients (lourds émotionnellement et chronophages) restent palliées par des relais traditionnels non médicaux.*

« On a des rapports un peu difficiles avec les cas dramatiques, la personne qui arrive qui va pas mal, et tout d'un coup on la retrouve morte à 40 ans. Quand on voit la famille, alors qu'on ne sait pas de quoi la personne est morte, et qu'on ne sait pas quoi dire : on est un peu désarmé quoi. Parce que c'est insoluble quoi, humainement la femme qui laisse 2 gamins, et y'a finalement pas de réponse, malgré l'autopsie. Enfin entre les personnes qui servent les repas, les infirmières qui travaillent de jour et la nuit, – enfin on a une équipe – on a un psychologue, on fait un peu de soins palliatifs. Je vous en ai pas parlé, enfin tout ça c'est ponctuel –. Mais je dirais, même dans les mauvais cas en cancérologie, on a des familles pas trop mécontentes quoi, on a la chance d'avoir une équipe infirmière qui est relativement attentive et souple, enfin, il y a une écoute quoi – des effectifs en nombre suffisants » (gastro-entérologue). « La pneumologie comme la neurologie est touchée par le même phénomène de vieillissement (...). Les soins palliatifs c'est important quand même, parce qu'on a des fins de

⁸⁵ Constance des souvenirs de traumatismes d'accident mortels d'enfants à annoncer aux familles présente également dans l'enquête de l'ANAES.

vies à gérer. Donc là c'est une grosse charge dans la lourdeur du service, heu lourdeur technique et psychologique, lourdeur de temps : de présence auprès des familles, auprès des patients, enfin tout ça c'est beaucoup de travail, de présence – et c'est multidisciplinaire : c'est pas que médical hein, c'est aide-soignant infirmier, kiné, psychologue (...). Le soin palliatif aussi c'est pas facile, c'est beaucoup d'investissement émotionnel...» (pneumologue).

Autrement dit, les prises en charge de la mort pourraient être sinon sources de nombreux stress médicaux, au moins de tensions reportées sur les autres professionnels, et donc seraient peut-être à réinsérer dans le questionnaire national – tant elle pose des problèmes de prise en charge à l'ensemble du corps social.

« Mais c'est vrai que pfff ! Alors je comprends bien les familles ou parfois dans les maisons de retraite, ils sont inquiets, la personne ne va pas bien – bon parce qu'il va mourir mais finalement on accepte plus bien la mort à l'hôpi (lapsus) – enfin en dehors de l'hôpital quoi. On a l'impression que dans les maisons de retraite, ou dans les familles même, si l'annonce de la mort est prévue et bin les gens au dernier moment ils craquent en disant : oh non on les amène vite à l'hôpital, si y'a encore quelque chose à faire, un espoir. Ils arrivent ici aux urgences, on va relire le dossier, on voit bien qu'il n'y a plus d'espoirs – et puis la personne au bout de 3 heures va mourir quoi : là aussi y'a un problème de société par rapport à l'explication de la mort, chez le sujet âgé ou chez le sujet malheureusement moins âgé mais qui est en cancer phase terminale – et...y'a un problème un peu de rejet de société face à la mort, j'ai l'impression (urgentiste, salarié privé nl).

1.3 La question complexe des collaborations professionnelles

« Collaborateur qu'est-ce que ça veut dire ? », « je connais pas, c'est encore un truc du ministère ? ». « Est-ce que c'est les gens avec qui on travaille, ou les médecins de notre spécialité ? », « dans la même discipline ou dans tout le système hospitalier ? », « au niveau de la disponibilité ? ».

Les problèmes de compréhension de cette question (« *qui sont vos collaborateurs ?* ») ont révélé surtout des difficultés à parler de l'ensemble des logiques médicales sous-tendant les relations professionnelles, et transcendant tous les types d'exercices et spécialités : le besoin de compenser des non-savoir, la nécessité de se couvrir (la question de la responsabilité étant aussi le fil conducteur des collaborations), la nécessité et l'intérêt de se décharger de certains patients et des émotions qu'ils suscitent.

Cependant, si l'on observe des différences selon les générations, les possibilités de réassurance sont intimement liées aux positionnements réels ou symboliques de chaque praticien dans les échelles de prestige déjà présentées. Autrement dit, la question de collaboration nous permet 1. de donner des pistes quant aux possibles incompréhensions que ce type de questions peut susciter dans le questionnaire de la Drees. 2. de synthétiser des modes et surtout des logiques de travail communs (logiques de spécialisation en vue de captation et de partage des clientèles) 3. de faire une ultime mise au point des spécificités composant les identités médicales, afin de mieux comprendre les chapitres suivants (également plus courts).

Pourquoi ne parle t-on pas spontanément et précisément des professionnels avec qui on travaille ?

Des logiques de captation et de partage de clientèle

Il existe déjà des « collaborateurs obligés » : des obligations de travailler avec d'autres médecins suite à une offre de soins limitée localement, et surtout avec des « spécialités vitales ». Ex : Pour les MG, les avis des MS (et si possible d'hospitaliers perçus comme les meilleurs garants du Savoir), les liens entre gastro-entérologues/chirurgiens et/ou anesthésistes. Il s'agit là de coopérations s'imposant de fait, évidentes pour les praticiens car sous-tendues par une complémentarité pour la suite des soins de leurs patients. Le modèle le plus évident de « coopération » restant technique : « *on collabore aussi avec les radiologues parce qu'on fait des les échographies avec eux, chez eux* » (le collaborateur désigne alors les autres « confrères » MS), les « collaborations » entre clinique/hôpital public étant également liées à l'obligation de se partager des charges financières de techniques de pointe coûteuses.

La collaboration médicale permet en effet partout de pouvoir répondre aux besoins des patients, à capter (partage des moyens financiers, de clientèle), même si cette logique paraît plus évidente en libéral : les associations y sont motivées d'abord « *par l'excès de travail* », c'est-à-dire par le fait de « *ne plus arriver à satisfaire aux besoins de santé* », au point que les ruptures d'association dans les cabinets de MG interviennent lorsque les médecins attirent les mêmes profils de clientèle (concurrence)⁸⁶.

« Ça fonctionne » : les enquêtés ne voient pas non plus la nécessité de préciser avec qui ils travaillent et ne travaillent pas.

En effet, tous les médecins sont amenés par connaissances et/ou tâtonnements à se construire des réseaux (« *les relations professionnelles, on les noue au fur et à mesure des années* », « *à force, on finit par tous se connaître* »). **C'est-à-dire par à ne plus adresser vers des services et/ou joindre les médecins peu engageants**⁸⁷. L'idéal recherché étant au contraire de travailler avec ceux avec qui ils partagent « *la même vision des choses* ». Car bien travailler, c'est pouvoir avoir « des discussions rapides » « pour ne pas perdre de temps » dans ses propres soins (les proximités géographiques entre services étant alors également très appréciées et la notion de « *disponibilité* » au centre de tous les discours).

- La rapidité des échanges serait d'abord liée à la possibilité de partages de savoirs, facilitée entre médecins de la même spécialité.

Car symboliquement, le véritable collaborateur est le même : confronté au même type de malades, mais aussi celui à qui on peut échanger en connaissance de cause, et qui apprend en retour, sur le modèle-type interne/chef de service⁸⁸.

⁸⁶ Les associations permettant secondairement d'aménager son temps de travail (congés) et « *la possibilité de travailler en équipe* ».

⁸⁷ Comme lors de l'enquête ANAES, il faut noter à ce sujet l'importance du retour des patients permettant aux médecins d'ajuster aussi leurs réseaux, et imposant aussi des nouveaux collaborateurs.

⁸⁸ Tandem reproduit donc aussi parfois dans les associations en cabinet de ville.

- Secondairement, les collaborateurs désignent les autres médecins avec lesquels sont passés des contrats tacites : accepter de donner son temps – toujours précieux – (le plus souvent au téléphone) contre services : échanges d’avis, d’examen, de malades.

« Les collaborateurs avec qui on travaille tout le temps, dont on a besoin et sur lesquels on compte, sont disponibles vis-à-vis de nous parce qu’il y a une sorte de service rendu mutuel ». « Par exemple nous pour désengorger, pouvoir faire basculer les malades qui encombrent- et eux c’est intéressant d’avoir un urgentiste parce que quand ils ont des patients un peu en difficulté, ils peuvent rapidement nous les faire passer dans le service, donc y’a une espèce d’équilibre qui se crée donc c’est bon », « si je suis demandé pour les avis, c’est que je demande beaucoup aussi » (MS hospitaliers).

- Enfin, la notion de services peut être minimale (donc également oubliée), et relativement bien vécue dès lors qu’elle n’entraîne aucune compétition (territoires et responsabilité des soins de suite délimités⁸⁹).

« Les patients sont le plus souvent envoyés par d’autres cardiologues, donc là c’est assez technique, le cardiologue envoie son patient pour un examen, là on n’a pas à s’investir dans la relation » (cardiologue hospitalier). « Le reste ? Cancérologie, ça marche bien, rien à dire » (gastro-entérologue clinique). « Ah oui, mais ici on a aussi de la médecine interne tout ça. Donc c’est pareil on peut éventuellement demander l’avis de médecins internistes qui font beaucoup de gériatrie aussi bien-sûr » (cardiologue clinique).

De la même façon, les libéraux tendent à minimiser leurs collaborations avec les MS dès lors qu’il ne s’agit que d’un « *simple passage technique* » (type examen complémentaire, « *contrôle de routine* »). Le MS étant alors peu ou prou considéré comme un consultant, un prestataire de services.

Il n’en reste pas moins que les MG ou autres libéraux de ville ne sont alors que de simples « *adressants* », « *correspondants* » pour les hospitaliers. « *Des personnes à qui on rend service et qui nous rendent service* », « *tant qu’ils nous envoient des patients, c’est que ça fonctionne bien* ».

Le besoin de contacts, de connaissances est alors également réduit⁹⁰ : « *y’en a qu’on connaît bien, parce qu’on a l’occasion de se rencontrer sur des congrès, ou qu’on connaissait de la fac – et puis y’en a d’autres qu’on découvre, mais régulièrement avec mes correspondants, on essaye de se voir quand même pour heu heu discuter et effectivement mieux se connaître, mais c’est pas souvent hein, on n’a pas le temps...*(relance). Avec les correspondants c’est pas très important, je veux dire que dans la mesure ou sur le plan professionnel ça...ça roule, c’est-à-dire qu’ils sont contents de nos services, c’est tout ce qui compte quoi. C’est pas utile de heu développer, après on tombe un peu dans le clientélisme si vous vous voulez. Et établir des relations amicales avec tous les médecins de L. c’est pas possible hein! (rires et relance sur les MG qu’elle a oubliée de citer comme la plupart de ses confrères hospitaliers) – *oui oui ça existe, mais par exemple avec les gens avec qui on travaille régulièrement, on essaye quand même de manger avec eux au moins une fois par an – ça parce que c’est important quand même de pouvoir savoir avec qui on travaille – et je*

⁸⁹ Les associés (clinique et cabinet) n’étant alors pas toujours considérés comme « *collaborateur proche* ».

⁹⁰ Mêmes constats entre paramédicaux libéraux, et vis-à-vis des médecins libéraux.

crois que c'est – oui mais ça a peu besoin d'être plus que ça quoi » (médecin travaillant en clinique).

En matière de collaboration, les atouts des hospitaliers (privé ou public) sont alors encore évidents : « *la force des établissements, c'est d'avoir beaucoup de spécialistes qu'on peut avoir tout de suite, ce qui nous permet de pouvoir travailler rapidement et d'éviter de perdre du temps à nous même et au patient. Donc effectivement ça change tout de pouvoir travailler effectivement comme ça, en réseaux en fait* » (salarié du privé nl).

Il est difficile d'avouer pour les enquêtés de ne pas avoir de collaborateurs⁹¹ (le bon médecin a des réseaux pour ses patients « *pour vérifier si on se trompe pas* », « *pour solutionner des cas complexes* »), **mais aussi difficile de répondre précisément à la question des collaborations qui permet aussi à chaque médecin de « se décharger », de « s'appuyer », de « se couvrir ».** Autrement dit d'avouer des besoins de réassurance palliant finalement les limites du savoir médical (principal non-dit vis-à-vis des patients mais également entre médecins).

D'où l'importance de médecins « *confidents* », voire l'idéal d'une recherche de solution sur Internet, garantissant l'anonymat : « *ça serait bien d'avoir des sites quand on rencontre une difficulté sur un patient d'avoir la réponse pratiquement en instantané...ni vu ni connu* ». **Et la perpétuation des soirées formations, congrès dans la construction des réseaux,** « *plus l'occasion de se retrouver, de discuter d'un patient, de manger ensemble* », « *en plus, on est tranquille aussi, c'est pas des confrères qu'on connaît* », « *on peut pas trop partager localement, heu y'a vite des effets de rumeurs, surtout dans les petites villes comme ici* ».

Les limites de la collaboration : « *Il faut que chacun trouve sa place ! Et que ça tourne* ».

Dire de façon détaillée avec qui on (ne) travaille (pas) et pourquoi, c'est également prendre le risque de dévoiler 1. la reproduction de hiérarchisations de statuts entre médecins (partages des bons et des mauvais malades) 2. la constance de relations de concurrences (limites des réseaux) 3. L'importance des relations interpersonnelles dans le travail

Ainsi, les entretiens révèlent finalement des difficultés habituelles de disponibilités, c'est-à-dire aussi les logiques d'intérêts professionnels entravant les collaborations et fonctions du pouvoir de chaque acteur (/spécialité et /grade) :

- Entre MS et « grands patrons hospitaliers »

« *Parce que des fois on a un cas, alors qu'est-ce qu'on fait ? On téléphone à nos patrons à M. et je lui dis : 'qu'est-ce que tu en penses ?' Mais heu des fois ils ne sont pas disponibles* » (libéral), « *à l'hôpital on peut discuter avec les patrons, encore que, y'a encore quand même* »

⁹¹ À noter que répondre à cette question est également apparue dangereux lorsqu'elle émane du ministère (ex. peur que la réponse soit utilisée pour argumenter la démedicalisation de certains actes par des professionnels moins diplômés, faisant fonction, CDD, autres avatars de l'échec de l'idée « *simpliste* » visant à diminuer le nombre de médecins pour diminuer les coûts de la santé.

une tradition de, c'est un peu difficile de remettre en cause son patron quand même » (clinique).

- Entre MS

« Je vois certains de mes confrères, en cabinet, ils ont quand même l'impression de végéter un peu sur le plan intellectuel, c'est sûr qu'ils me demandent des avis sur des trucs qui me paraissent moi évidents » (urgentiste, salarié privé nl), « on est parfois confronté à appeler les spécialistes, heu tous ne nous consacrent pas leur temps » (gériatre, salarié privé nl), c'est-à-dire à la réurrence de logiques de relégations : patients imposés aux spécialités « en bout de chaîne » (au sein d'hôpital et en dehors).

Ex. En gériatrie des relégations de patients parkinsoniens par les neurologues : *« c'est vrai que quand il y a des gériatres, ils nous lâchent un peu ce qui les intéressent pas forcément hein...⁹² ».*

Notons que l'on retrouve ses désirs de tris à tous les niveaux, c'est-à-dire des logiques de relégation des problèmes sociaux (tendances à peu parler spontanément des problèmes d'alcoolisme même chez les gastro-entérologues et médecins des urgences minorant ou oubliant de parler des Tentatives de suicide (TS)⁹³, envois des patients ayant des problèmes sociaux vers les structures non hospitalières même chez les psychiatres), et des difficultés à se partager l'accompagnement de patients atteints de pathologies incurables.

« Les oncologues ne sont jamais disponibles quand on arrive à des stades terminaux, même pour passer un coup de fil au patient à domicile » (MG⁹⁴), « ...il y a des problèmes de relais pour les cancers, qui sont pas diagnostiqués à temps par les MG : ils n'ont pas envie de désaper les gens, de faire les gestes (anus), bon c'est facile pour moi parce que je suis après » (gastro-entérologue, salarié hôpital public).

- « Traditionnellement, entre MG et MS, on a des relations compliquées »

a) Les demandes d'avis, délégations et relégations de patients sont moins faciles pour les MG, bien qu'ils aient des savoirs spécialisés limités.

La « collaboration » (ou la notion de collaborateur) n'est jamais envisagée par les MS hospitaliers (toutes spécialités confondues, mais particulièrement des institutions publiques) avec les médecins généralistes de ville (pas ou peu cités d'emblée dans les entretiens), car les partages de savoirs restreints (spécialisation mais aussi hiérarchisation des savoirs), donc les intérêts professionnels aussi – et ce d'autant si la prise en charge du patient revient finalement au médecin adressant. D'ailleurs, les MS tendraient à classer aussi dans la catégorie « travail

⁹² D'autant plus acceptées que les médecins ont le sentiment d'appartenir à des segments de sous médecine (ex : « j'ai fini comme gériatre »).

⁹³ Ex. (relance sur autres patients) « ...Non le problème c'est que le suicide, y'a des gens qui sont pas encore endormis ou alcoolisés, ils veulent repartir donc, c'est dans ces cas là qu'on est obligé d'avoir une contention, soit physique, soit éventuellement chimique – voilà mais ça fait partie du travail des urgences, on est quand même habitués à ça, un peu les ivresses aussi, ce sont des choses qui sont le pain quotidien (rires) ».

⁹⁴ Informateur de l'enquête ANAES-Fyssen.

administratif » des avis et réponses aux courriers⁹⁵ demandés par les médecins de ville (limites du rôle de simple consultant).

Cette perception est particulièrement prononcée chez les médecins hospitaliers (privé et public) qui se révèlent être les véritables pivots du système de soins : « *on est à la croisée des chemins, le pivot médical dans les services : le Senior, enfin le praticien hospitalier ou l'assistant du service, il est appelé par les internes, les infirmières par les secrétaires, par les autres services – et donc on a des avis à donner en même temps, à plein de choses, et en plus du travail normal : le plus gênant c'est le téléphone qui sonne en permanence avec plein d'intervenant différents (relance). Oui avec la médecine de ville en plus – C'est à dire qu'il n'y a pas une journée type durant laquelle heu, c'est pas une journée de consultations bien cadrée où on est maître de son temps parce que ça a été planifié (...). Donc il n'y a pas de journée type y'a beaucoup d'aléas dans l'organisation, l'organisation est impossible, on est un peu dans l'immédiat, oui, dans l'instant (relance). C'est lié à la place, le médecin à temps plein qui fait tourner le service, c'est lié aussi à la spécialité...mais en cardio ça doit être pareil, heu* » (pneumologue, hôpital public).

b) De plus, les MG sont les plus exposés aux critiques habituelles des MS. Ils ne donnent pas « *les bonnes indications* », « *n'adressent pas au bon moment* », et surtout « *essayent de tout gérer eux même* », « *gardent trop longtemps le patient* » (captation de clientèle)⁹⁶. Et ils sont souvent jugés sur leurs méconnaissances...

D'où l'extrême nécessité pour les MG de se faire des interlocuteurs « *alliés* » : « *moi entre nous, j'ai un truc : j'ai un pote, un copain d'internat à qui je téléphone quand j'ai un doute : est-ce qu'il faut hospitaliser ou pas ? Souvent il me dit : 'c'est hyper compliqué de le savoir', donc il me juge pas, ça me permet de pas trop angoisser. Et même maintenant, je ne suis plus forcément ce qu'il me dit, je le prends pour un simple avis, je commence à avoir plus confiance en moi* » (MG⁹⁷).

Les problèmes des MS étant plutôt de décoder les demandes de MG : « *c'est aussi difficile à décrypter entre ce que dit le MG – ce qu'il attend de nous, ce que dit le patient et l'entourage* ». « *On se demande parfois ce qu'ils veulent les MG, le plus difficile c'est de collecter quand même des informations pour la suite : on interroge les patients, on lit les courriers, on appelle au téléphone* », « *le plus dur c'est de faire la part entre ce que le MG a dit, ce qu'il veut, et ce que dit le patient* »⁹⁸.

Reste que les discours des MG révèlent ce qui sous tend les limites des collaborations médicales en général : collaborer c'est aussi risquer est de perdre la face /à ses pairs des grands CHU : « *on peut adresser aux urgences mais pas trop, sinon on passe pour un rigolo* » (MG⁹⁹), « *il y a des limites, on peut pas trop déranger les grandes spécialités, les*

⁹⁵ Également selon une logique générale considérant comme non légitime toutes les tâches écrites, avec des délégations vers les secrétaires (arrêt maladie, curatelle d'invalidité, cure...) = pas du vrai travail et un travail chronophage, sans intérêt.

⁹⁶ Même constat parmi les MS enquêtés par notre équipe.

⁹⁷ Informateur ne faisant pas parti de la post-enquête, travaillant en dispensaire.

⁹⁸ Idem.

⁹⁹ Informateur de l'enquête ANAES-Fyssen.

CHU, heu demander certaines choses directement, on en parle déjà entre nous » (médecin CH).

- Plus fondamentalement peut-être, les limites des relations des médecins (du public en particulier) semblent importantes avec la médecine de ville (et par extension avec les professionnels de ville non médicaux).

Elle reste peu (re)connue, car considérée comme une autre médecine, voire comme une non-médecine : outre l'invisibilité des soins de suite, les méconnaissances et les oublis semblent liées également à une forme de désintérêt pour le travail en amont de l'hôpital, auprès de malades peu médicalisables (territoires étrangers, éloignés de la médecine hospitalière) réalisés de plus par des professionnels moins diplômés (MG, paramédicaux, assistants sociaux, etc.).

Et cela même dans des spécialités a priori en interface, chez des médecins habitués au travail au sein d'équipes relativement peu hiérarchisées.

Ex. En psychiatrie, aux urgences (« *on a vraiment un travail d'équipe, on est une équipe soignante, donc l'infirmière est aussi importante que l'AS qui nous donne des renseignements intéressants sur les patients, arrive à avoir un meilleur contact parce qu'elle a plus de temps* ») ou en gériatrie où les médecins vantent leur travail au sein d'équipes comprenant des paramédicaux, aides-soignantes et assistantes sociales, voire des animatrices, et ont aussi des notions de « *collaborateur extérieur* » (« *société civile* » : commune, mairie, association d'aide à domicile, commissariat, médecins de ville toujours cités en derniers).

Cette invisibilité est renforcée surtout s'il existe des relais assumés par d'autres intervenants (appréhendés comme « hors circuit »).

« *Et on soigne de plus en plus de cas d'agressions, la société devient violente alors on en voit beaucoup – mais c'est vrai que ça vient aussi de notre spécificité en centre ville, proche des gares. C'est vrai que de la violence urbaine y'en a toujours eu mais plus à la sortie de boîte, le vendredi et le samedi, le dimanche soir, alors que maintenant c'est dans la journée. Bon ça débouche pas sur des hospitalisations, c'est des petits coups et des plaies enfin pas de gravité importante, des plaies à l'arme blanche c'est même rare – c'est plutôt coups et blessures ou traumatisme psychologiques – donc c'est réglé par la police... et quand même sur L. on a des centres d'accueils psychiatriques bien spécialisés (relance), c'est vrai que le premier groupe là où y'a le maximum d'hospitalisation c'est les TS mais maintenant avec les médicaments y'a pas trop de risques sur la santé, et puis c'est assez standardisé puisque nous finalement, quand ils arrivent les TS, la plupart du temps ils sont tellement endormis que c'est plus un problème, c'est après, le suivi psychiatrique – bon heureusement, on a deux psychiatres qui peuvent être là la semaine, bon le week-end on est plus embêté pour avoir un avis éventuellement, surtout qu'il y a malheureusement une porte de psychiatrie qui s'est fermée sur L. ». « Ah oui c'est vrai que nous on est proche d'un centre d'accueil SDF, on en soigne quelque uns, on a un réseau social rue-hôpital » (urgences).*

- Selon les mêmes logiques, les paramédicaux et autres intervenants à domicile ne sont pas non plus considérés comme des collaborateurs, même par les MG (qui les considèrent au mieux comme des auxiliaires médicaux).

On observe plutôt à tous les niveaux une méconnaissance (du travail) des intervenants non médicaux (les hospitaliers ne citant à la demande de l'enquêteur que les « HAD » – mais en réduisant leurs compétences au lit toilette pansements) –, eux même relativement autonomes par rapport aux médecins¹⁰⁰ et donc finalement peu demandeurs de plus de collaborations (non-filière car compétences nettement séparées, sans enjeux d'intérêts). De plus, on observe des suspicions quant à la qualité de leur travail (impossible à contrôler¹⁰¹), parce que peu rémunéré, en particulier celui des associations de soins à domicile (« *il faut des instances de surveillance, parce que c'est des créneaux financiers* »).

Les oublis touchent en particulier des kinésithérapeutes (même chez les médecins travaillant a priori à leurs côtés par exemple dans des structures pour personnes âgées). Les kinésithérapeutes ne sont reconnus que lorsqu'ils s'insèrent clairement dans des filières de soins de suite avec retour des patients au médecin et à partir de pathologies clairement définies par ce dernier (« *heu, et puis accessoirement, pour les post hospitalisés, on dépend de rééducation de kiné et de rhumatologues, ce sont des spécialités complémentaires* » gastro-entérologie, clinique). Inversement, dans toutes les autres situations, ils ne sont pas considérés ni comme collaborateurs ni comme auxiliaires médicaux (un dernier recours quand il n'y a plus de solutions médicales, une proposition de confort pour le patient...). Ils sont de plus eux aussi objet de suspicion d'intérêts financiers, et cela d'autant qu'ils affichent des désirs d'autonomies vis-à-vis des médecins (recours directs des patients, collaboration avec les chirurgiens...).

La concurrence : un pour tous, tous contre tous

Plus globalement, les liens sont conflictuels entre médecins (entre libéraux, médecine de ville et hospitalière) quand les territoires, les compétences et surtout les prétentions sont communs : tout l'enjeu est alors le retour patient, c'est-à-dire qui prend en charge la suite des soins.

Les compétitions sont alors particulièrement visibles :

- dans les spécialités de médecine générale ayant des patients aux profils diversifiés et qui peuvent recourir d'eux même directement plutôt vers tel ou tel médecin (MS/MG) (absence d'identification par des techniques spécifiques).

Ex. Les problèmes de compétition entre les MG et les pédiatres, gynécologues, neurologues, psychiatres : « *l'information, l'avis n'est pas trop transférable hein, il y a des problèmes de concurrences* », ou l'utilisation par les libéraux de recours hospitaliers pour avoir la garantie du retour de leur patient (autre détournement des urgences par les médecins eux-même).

À cet égard, les oublis à tous les niveaux de mentionner les psychiatres (tout en leur reléguant des problèmes avec des patients « *psy* »¹⁰²), révèlent les limites des collaborations :

¹⁰⁰ Bien que souffrant du manque de reconnaissance des médecins, en libéral aussi.

¹⁰¹ D'ou les mêmes suspicions chez des MG à propos du travail d'infirmières libérales (faire les toilettes trop vite, faire des toilettes inutiles chez les MG), et de ces dernières à l'encontre d'auxiliaires de vie, voire d'aides-soignantes.

¹⁰² Même catégorie extrêmement large que chez les infirmières.

« avec les psy on n'a jamais de retours papiers et en plus ils ne sont pas disponibles, en consultation avec leurs patients, on ne peut pas les déranger », « en plus on n'est pas d'accord sur le fond, sur les soins » (logiques de soins contradictoires).

- Dans les spécialités en voie de reconnaissance

Ainsi, si les MG ou les gériatres tendent à ne pas apparaître dans les discours des autres médecins, ils sont potentiellement eux-aussi de futurs concurrents : les MG oublient d'en parler, alors que certains gériatres (en particuliers les plus excentrés des CHU) aspirent à des « partenariats » « parce que nous on peut mieux s'occuper des PA que les MG », « pour avoir accès aux domiciles des patients...C'est un domaine qui leur appartient, mais c'est important qu'il y ait un lien entre nous qui avons le temps de préparer les choses et eux qui feront la suite... »

Derrière la désectorisation demandée se profile alors de nouveau le désir de suivre les patients pour développer une expertise hospitalière, toujours mieux reconnue.

Cependant, et pour conclure, la question de la collaboration dévoilerait surtout l'importance première des relations interpersonnelles¹⁰³.

« Les choses qui fonctionnent le mieux, ce sont les liens interpersonnels ».

Les parcours professionnels dévoilent des préférences à travailler avec des médecins connus puis l'entretien de relations d'affinités et de sociabilités, garants d'une meilleure qualité du travail.

Ex. « J'avais le choix entre une chefferie de service à développer à V. ou de venir ici. J'ai beaucoup hésité (rires), bon j'ai choisi ici par ce que sur le plan familial c'était un peu plus simple – bien que V. c'était pas très loin, et puis je connaissais bien le docteur B. alors que les médecins avec qui j'allais travailler à V. me paraissaient moins, moins évidents, clairement. L'environnement professionnel, on en parle tout le temps, mais je pense que c'est très important... ». « Y'a des médecins avec qui ont va s'entendre et d'autres pas, c'est variable hein, ça dépend beaucoup des individus », « en fait on travaille surtout avec ceux d'A. avec qui on a noué des relations très profondes, ça se passe bien, lui il sait qui je suis, moi je sais qui il est, c'est vrai que ça facilite énormément les choses ».

Et inversement, « les individus font et défont les relations professionnelles ».

Autrement dit, répondre à la question des collaborations c'est finalement faire état de compétitions, de situations de concurrences entre villes, régions, villes et surtout d'individus (préférences/rejet).

- Il existe ainsi **des pratiques d'exclusivités** (ex tel gastro-entérologue/clinique locale, tel MG/foyer ou telle maison de retraite ou tel hôpital local) **induisant aussi de nombreux conflits** (« chasse gardée », « il tire en fait la couverture à lui », « c'est une accréditation de façade », « le directeur préférerait faire travailler un libéral plutôt qu'un salarié » ...).

¹⁰³ Même conclusion à notre enquête sur les réseaux de soins en MG.

- Si des mésententes cordiales sont évoquées dans tous les parcours des enquêtés, les conflits personnels peuvent parfois être extrêmement violents à tous les niveaux, quand ils entravent le développement du travail d'un des acteurs (non-réseau, non-collaboration).

Il existe ainsi des situations de collaboration bloquées, particulièrement entre privé/public, dans des spécialités dites techniques (chirurgie, gastro-entérologie). « *Mais aussi dans la plupart des spécialités, et ça entraîne au niveau national des dépenses de santé inutiles, des achats en doublon. Mais c'est sûr que par rapport aux autres régions, ce qui frappe ici, c'est le manque de collaboration privé/public, c'est lié à des phénomènes purement locaux, aux hommes qui sont ici, les collaborations localement sont impossibles* » (gastro-entérologue libéral), « *y'a des médecins du public qu'on arrive pas à joindre en gardes, parce que vis-à-vis des centres proches heu y'a un peu de concurrence, ils souhaiteraient avoir la totalité des activités* » (libéral cabinet/clinique). « *Pareil pour les essais de régulation libérale au sein des centres 15 : en fait le but inavoué des MG était de faire une régulation mais afin d'éviter le maximum de sorties, de visites par leurs confrères généralistes de garde* » (captation de clientèle à soi) (salarié du public).

Et ces querelles de territoires sont également très présentes en intra public (entre chefferies, au gré des directions) :

« *Depuis l'arrivée du nouveau directeur, impossible de faire entendre quoi que ce soit, c'est fichu pour eux, il a décidé qu'ils devaient disparaître, c'est un conflit avec le chef d'ici* », « *on a un souci avec les enfants, à cause d'une organisation un peu rigide, le chef de service ne veut pas déléguer un des pédiatres, alors qu'ils sont en nombre. Et les médecins ne veulent pas se déplacer, enfin monter* (problème souvent de partage entre ancien/nouvel hôpital) ».

Finalement elles aboutissent à des contournements des circuits officiels (utilisation de réseaux de collaborateurs préférentiels informels > rationalisation des coûts et itinéraires des patients).

« *L'exercice de groupe en libéral, je sais pas si ça peut arranger les choses : ça c'est très médical, les histoires de regroupements ça a toujours existé à l'intérieur de l'hôpital. Je crois surtout que toute la profession fonctionne par cooptation plutôt¹⁰⁴. – C'est d'ailleurs là-dessus qu'ils se sont heurtés à ça quand ils ont fait de grosses unités hospitalières. L'intérêt initial c'était de pouvoir disposer de tout, plateau technique avec toutes les spécialités au même endroit – et on s'est aperçu que ça foirait complètement : parce que vous aviez le patron de cardiologie qui pouvait pas supporter le type de la radio vasculaire et qui donc faisait appeler le SAMU ou machin pour la radio vasculaire dans d'autres trucs – qui dépendent de l'AP mais...c'est vraiment par groupes de copains... On n'a jamais réussi non plus à faire se déplacer un médecin au lit du malade hein, c'est toujours le malade qui est au chevet du médecin. En fait, les réseaux se forment par facultés – avec des facultés plus ou moins cotées, mais travailler avec un ancien collègue interne c'est toujours une garantie. – Et donc après c'est pas facile de changer de région. Pourquoi ? Parce que tu connais telle équipe et pas telle autre (relance). Oui c'est très compliqué, je viens juste de m'installer (poste urgences*

¹⁰⁴ Terme utilisé par d'autres enquêtés (« *donc moi je suis rentrée par mon collègue – on est coopté par nos pairs* »). Il est alors difficile d'en savoir plus sur ces réseaux souterrains à construire, à capitaliser dès la formation initiale, ou déjà acquis par lignées familiales.

publiques), *c'est pas très simple, je m'en rendais plus compte parce que justement à M. je connaissais tout le monde, 20 ans dans le même secteur – mais c'est vraiment dur de se réimplanter, on est un peu paumé, c'est quelque chose à revivre, probablement que ça rajoute au stress... Les histoires d'équipe en général c'est très compliqué avec ceux qui s'aiment, qui ne s'aiment pas, – ceci dit les réseaux de copinage je ne suis pas sûr que ça soit spécifique au réseau médical hein, y'a des réseaux de fac, de recherche ».*

Les alliances clinique/hôpital public... des associations privé/public avant tout pour survivre
Quelles sont les conditions des alliances ?

1. Ententes entre hommes « *partageant la même vision* »¹⁰⁵ (regroupement en vue de « *maintenir l'outil de travail* »).
2. Accord sur la complémentarité public/privé, mais surtout sur des besoins mutuels de partages clairs d'activités (« *on ne peut pas tout faire, si on fait tout en concurrence, aucun des deux établissements n'arrivera à faire de proposition correcte. Donc on se partage l'activité en restant sur les créneaux qu'on sait faire* ») et des intérêts communs à survivre : (« *pour les regroupements cliniques privées et hôpital, pour cette association, on met à plat tout le fonctionnement de l'hôpital. Bon on est dans un département où il y a déjà un CHU, donc qui a un effet aspiratif des moyens médicaux à notre détriment, ce qui fait qu'il faut qu'on fasse attention de ne pas perdre notre statut de pôle référent de santé public, enfin si on veut pas disparaître, il faut associer nos moyens »).*
3. Aide de l'Agence régionale (« *groupement de coopération sanitaire* ») pour débloquer de moyens (« *y'a eu des praticiens embauchés, donc le regroupement des 2 structures ça va probablement optimiser la prise en charge* »).

Le partage serait surtout une affaire d'hommes, mais aussi de plus en plus de générations¹⁰⁶ (plus grande habitude au partage, en particulier à dire qu'on ne sait pas) plus que de type d'exercices :

« En tant qu'MG, j'avais choisi quand même délibérément l'hospitalier : c'était pour ne pas travailler seule dans mon coin. Donc dans le premier hôpital (public) j'ai été déçue, et puis maintenant ici je suis complètement rassurée quoi. Y'a toujours des choses à s'expliquer les uns les autres – mais quand la conversation est ouverte et quand on ne met pas de fierté mal placée, je pense qu'il y a plein de choses qui peuvent passer » (gériatre, 34 ans, Auvergne, salariée privé nl).

« Moi je ne voulais pas travailler seule, donc ça a été le clash avec le premier groupe de médecins, au point où je m'étais dit : 'il vaut mieux encore travailler seule', et là finalement j'ai retrouvé un vrai partage, enfin on peut se permettre de dire qu'on ne sait pas, on s'échange les patients sans problème » (médecin généraliste, 37 ans, PACA libérale).

Des besoins de réassurance donc de spécialisation (résumé)

Enfin, ce chapitre met en évidence les limites de la première catégorie de comparaison (salariés/libéraux hospitaliers). Une analyse transversale des entretiens fait plutôt réapparaître des données structurelles concernant les études déjà menées sur les médecins.

Ce qui ferait la différence dans les ressentis positifs ou négatifs au travail serait :

- les capacités de nouer des liens avec les spécialistes hospitaliers (on se définit d'abord par rapport à ses pairs des CHU),

¹⁰⁵ En fait, ce terme semble inclure de nécessaires ententes interpersonnelles.

¹⁰⁶ Comme nous l'avions déjà constaté concernant les relations avec les patients en fin de vie.

- le type de pathologies soignées (on se différencie ensuite à partir des catégories « vrais » et « faux » malades, source de valorisation/dévalorisation du travail entre médecins),
- les capacités à filtrer les patients et à se reposer sur d'autres professionnels pour leurs accompagnements et celui de leurs proches (on recherche une délimitation de son savoir l'approfondissement de spécialisation).

Si l'apprentissage continu et entre soi reste un idéal rapporté à l'exercice salarié public (partage de savoirs cumulatifs partagés entre experts), **ce sont toutes les formes d'échanges avec les médecins spécialistes hospitaliers qui sont prisées comme garanties de réassurance professionnelle : non seulement pour rester performant, mais aussi pour se partager des décisions et des risques.**

Autrement dit, plus que le fait d'être ou non salarié et d'exercer dans tel ou tel type de structure (publiques ou privés), être ou ne pas être CHU, y avoir ou non des « amis », « collaborateurs privilégiés », des « référents » ou des « alliés », être ou ne pas être éloigné de grands centres hospitaliers, avoir des gardes à répétition ou non...sont autant de facteurs favorisant ou limitant le stress au travail. L'exercice libéral en cabinet, et en particulier la médecine générale étant ressentie comme l'exercice le plus périlleux, car démultipliant les risques de solitude professionnelle, c'est-à-dire les risques de fautes professionnelles, hantise présente chez tous les médecins ou presque.

Ce chapitre tend également à confirmer l'importance première des hiérarchisations du travail entre médecins : implicitement, travailler en établissement (publics ou privés) c'est soigner avec d'autres experts spécialistes de « vrais » patients technicisés et/ou hospitalisés, par opposition aux patients en « *consultation externe* », ayant des pathologies plus ou moins graves (« *fausse urgence* » « *médecine générale* ») et réelles (« *fonctionnelles* ») rapportées à l'exercice en médecine de ville.

Le type de relations nouées avec les représentants du savoir (CHU, spécialités « vitales », « nobles », etc.), mais aussi le type de patients soignés (venant ou non de leur plein gré, triés ou non) et les risques encourus pour ce faire, resteraient la pierre angulaire des identités médicales, délimitant de façon très restreinte les collaborations au travail.

- Outre les problèmes récurrents de concurrence (logique de captation de clientèle) et de querelles individuelles, on constate une relative méconnaissance des ressources extra hospitalières.
- Les hiérarchisations médicales rendant en particulier invisibles les MG, censés être pourtant des acteurs pivots (mais cumulant en fait l'ensemble des représentations négatives en médecine : exercice à risque d'une médecine non spécialisée et non hospitalière, disponibilité voire sacrifice obligé à des clients-patients non triés).
- Les prises en charge complexes, aux limites de la médecine hospitalière, particulièrement les fins de soins curatifs, tendraient alors à se reporter in fine non seulement vers les libéraux (médecins et non-médecins), mais aussi les familles, par

ailleurs peu citées comme collaborateurs potentiels (comme les associations de patients), car toujours associées à des non savoir légitimes¹⁰⁷.

En effet, en terme de qualité de travail, tous les médecins interviewés aspirent à n'avoir que des patients (des pathologies) triés. **Au-delà des types d'exercice, bien vivre son travail, c'est non seulement pouvoir accéder à des savoirs et/ou des relais techniques, mais aussi maîtriser l'afflux de clients afin de limiter les risques d'erreurs diagnostics et de favoriser la captation de clientèle (approfondissement d'une expertise reconnue).**

Autrement dit, les ressentis des charges de travail seraient étroitement liés aux possibilités de pouvoir placer des patients éloignés de centres d'intérêts du praticien et/ou lui faisant prendre trop de responsabilités, en dépit du manque de places dans les services et/ou de refus de MS.

Dès lors, exercer dans des domaines médicaux ou dans des régions où il n'y a pas ou peu de possibles filtrages des malades, revient à entraver des possibles spécialisations. Les médecins étant alors davantage confrontés directement aux maux de patient plus ou moins médicalisables, en particulier « à des personnes de plus en plus âgées » souffrants de polyopathologies et nécessitant des prises en charges encore peu enseignées dans les cursus de formations initiales (to care). D'où les difficultés communes exprimées par des praticiens « en première ligne », en amont des soins (MG, urgences) en position de « débrouailleurs » du « tout venant », ou en bout de chaîne (gériatrie, court et moyens séjours), travaillant à la fois dans des spécialités les moins valorisées, et où les professionnels (paramédicaux compris) éprouveraient le plus de difficultés à (re) placer des patients dans les services hospitaliers, mais aussi à trouver des structures de soins de suite.

La hantise des hospitaliers serait finalement d'être obligé de prendre la responsabilité de soins complexes et longs de patients de médecine générale, d'où des habitudes traditionnelles à tous les niveaux de délégations/représentations de « mauvais malades » (problèmes sociaux, fins de vie vers d'autres professionnels moins diplômés). Reste que plus conjoncturellement, les difficultés à assumer des prises de décisions graves seraient encore amplifiées par l'arrivée massive de personnes-âgées dans tous les services : comment les soigner, et jusqu'ou ?

De tout ce premier long développement, il n'y aurait alors peut-être que ces seuls témoignages à retenir :

« Je ne sais pas si vous pouvez le dire, mais il faut savoir qu'on ne sait pas en fait, – même les autres spécialistes sur plein de questions. Faire semblant de savoir et prendre en solitaire la décision finale, sur les personnes âgées notamment, ça c'est l'angoisse permanente » (libéral). « Nous les médecins, ne l'oubliez jamais, où qu'on travaille, on est seul, seul à prendre la décision, et si s'il y a un problème on est responsable »¹⁰⁸, « et plus on devient Senior, et plus on nous demande cette potentialité : les internes nous demandent de conclure,

¹⁰⁷ Objet d'un développement en 2.3.

¹⁰⁸ D'où également des conflits récurrents avec des directions, des paramédicaux, pharmaciens dès lors que ces derniers prennent la prérogative d'interférer dans les soins prescrits (thématique sur laquelle nous concluons en 3.2).

mais c'est vrai que nous après, on n'a plus personne pour discuter derrière » (salariés du public).

Comprendre ces soubassements identitaires, c'est comprendre les discours du malheur qui vont suivre : en effet, outre les questions posées par l'allongement de la vie, les besoins de réassurance professionnelle seraient actuellement laminés par des risques de dégradation des conditions et des organisations du travail (qui une dernière fois, sont perçues comme transcendant les lieux et type d'exercices).

2. Conséquences et étiologies de la crise médicale : la fin d'une époque

La « crise » médicale est au centre des discours des enquêtés. Elle tendrait à amplifier des sentiments d'uniformisation du travail médical. Ainsi, les atouts des établissements publics sont fortement nuancés suite aux restrictions budgétaires (ex. fragilisation des statuts, amoindrissement des possibilités de formations, etc.), mais aussi ceux du privé (ex. consultations « *de plus en plus rapides* »). De même, suite à la raréfaction des étudiants en médecine, internes, attachés « *qui aidaient au travail* », les différences public/privé s'atténueraient voire s'annuleraient : « *ils ont les mêmes problématiques de pénuries, les mêmes problèmes de conditions de travail* ». « *De : 'il faut faire mieux avec moins', on en est à : 'on fait moins et plus mal* ». Les enquêtés tendant également à minorer les différences selon les spécialités¹⁰⁹, ce qui semble à l'analyse loin d'être le cas.

Il existe également des explications et des conséquences globales de cette crise, tant vécue qu'anticipée, amplifiant les angoisses de la faute professionnelle. Mais les discours spontanés témoignent plus profondément de ressentis communs d'une perte d'aura médicale (symbolisée par l'intrusion de médecins étrangers), suite à une double pression – des pouvoirs publics et des patients – contribuant à la fragilisation des identités professionnelles. En particulier dans les anciennes générations, les problèmes des pénuries médicales, mais aussi les nouvelles règles, contrôles du travail sont vécus comme autant de nouvelles contraintes imposées par des gestionnaires, entravant non seulement l'autonomie du travail, la qualité des soins mais stigmatisant de façon injustifiée une profession déjà ébranlée par (la crainte des) les risques de procès.

Quels que soient leurs types d'exercice, les médecins psychiatres (et/ou psychanalystes) apparaissent à la fois les plus virulents à critiquer les effets au quotidien des logiques bureaucratiques, et les plus compréhensifs face aux nouvelles aspirations et/ou hantises des patients, jugées déplacées, voire intolérables par les autres enquêtés car non comprises.

Reste que la plupart des enquêtés se sont positionnés comme des victimes boucs émissaires – soit d'erreurs politiques, soit d'abus des usagers –, c'est pourquoi il nous semble important 1. de consacrer un chapitre à l'analyse même partielle des tenants et aboutissants de cette crise jugée profonde (qualifiée « *de marasme* », « *cataclysme général* », « *pessimisme ambient* » « *dépression* »), dont les constats pourraient peut-être être des thématiques à développer dans le questionnaire de la Drees. 2. D'analyser également les paradoxes de ces discours (chapitre 3).

2.1 Des constatations communes : l'augmentation des temps de travail

À la question portant sur l'existence de périodes de surcharge de travail, les enquêtés ont été unanimes quels que soient les lieux d'exercices : **le temps de travail serait désormais**

¹⁰⁹ Ex. (Relance) « *Mais ça n'a pas de sens de faire de différence, on est tous touché (relance) Bon, la psychiatrie est coûteuse et on soigne des gens qui ne sont pas absolument pas productifs et efficaces – Credo de la société – on fait du palliatif enfin, on a des résultats quand même, de ce côté là, c'est évident, on est touché bien entendu* ».

« *continu* », à l'image des « *anciennes générations qui ne faisaient que travailler. Mais au moins, ils avaient la reconnaissance, l'aura* ».

Cette augmentation amplifierait les risques de fautes professionnels. **Cependant, les phénomènes d'usure, voire les risques de *burn-out* au travail semblent toucher en particulier des spécialités relationnelles, déjà placées en bas des hiérarchies médicales, et les médecins travaillant déjà dans des régions sous médicalisées.**

A. Les pénuries médicales au centre de tous les discours

La crise médicale est d'abord vécue ou rapportée à l'inadéquation entre « *le temps de médecins* » ou « *le temps médical* » et hausse du nombre des patients, elle-même rapportée à une « *explosion de l'offre des soins* ». La médicalisation acquise des populations serait accentuée par les campagnes des pouvoirs publics (« *partout on dit aux gens : 'faut vous faire soigner, faites le nécessaire'* »).

Les « *pénuries médicales* » étant quant à elles plus précisément causées par la diminution du nombre de médecins formés (du « *numerus clausus* », « *tariement des internes* »), et par le départ de médecins à la retraite ou leur vieillissement.

Conséquences de la pénurie

- **L'usure des praticiens en poste** « *Avec le manque d'effectifs, la diminution du nombre de collaborateurs, c'est vrai qu'on se demande comment on va faire (ton bas), si ce n'est risquer notre vie professionnelle et celle des autres* » (salarié du public), **liée à des nécessités de travailler plus** exprimées surtout en libéral (« *je ne sais pas comment on va faire avec la montée des consultations pour les personnes âgées et la baisse des effectifs, on pourra pas assurer, ou alors finir à minuit !* » Clinique), « *je vais peut-être être obligé de travailler un jour de plus par exemple, du fait de cette pression des patients, ça m'arrive déjà de travailler le samedi matin par exemple* » (cabinet).
- **Particulièrement aux urgences** (« *on est constamment débordé, c'est malheureusement classique maintenant* »), où se poserait plus douloureusement la multiplication des gardes et des laminations des temps de récupération.

« *On manque de médecins, bon là par exemple on a un temps plein en moins (relance) Bin c'est lié à la pénibilité du temps de nuit, parce c'est impossible, c'est trop fatigant, – moi j'ai connu les problèmes des nuits pendant mon assistantat : on arrivait à dormir 2 heures, enfin à se reposer, à s'allonger sur un brancard, on pouvait récupérer. Là on fait des gardes la semaine, qui commencent à 19 heures et se terminent à 8 heures du matin : on se couche pas, on y arrive pas – ça veut dire que le lendemain vous êtes épuisé, obligé de dormir, vous pouvez rien faire quoi* ». « *On se retrouve en sous effectifs médicaux, obligés de prendre des gardes en plus, ça devient difficile. Alors qu'avant, on avait une organisation, on arrivait quasiment à appliquer – pas les 35 heures hein (rires) –, on était à peu près à 46 heures par semaine, avec des récupérations de temps en temps* ». « *Privé public, les services sont surchargés un peu partout, donc on travaille sous pression continue, c'est à un point où je ne sais même pas si je pourrai prendre des vacances cet été, ça pourra durer un ou deux ans pas plus cette histoire (...). On n'a peu de possibilité de remplacements, donc des difficultés à*

prendre des congés à se reposer», « ce qui commence vraiment à m'user, c'est quand même la charge de travail, le stress commence à devenir insupportable, et en plus le fait de n'avoir plus de remplaçant quoi... C'est souvent des journées de 26 heures quand on ne tourne plus qu'à 2, et pour combien de repos, on sait pas. Ça fait peur, peur de ne pas pouvoir assurer la charge de travail un jour. Ça ça peut-être très très limitant, du genre : ' je me tire, ça peut-être, ça peut devenir' »¹¹⁰.

- Les phénomènes de pénurie médicale-usure au travail touchant **en fait toutes les spécialités à orientation médecine générale** (où la relation soignant-soigné et/ou le travail d'équipe sont essentielles).

En MG : « *Moi je me plains, mais le problème des collègues généralistes, ils sont dans des situations de gardes permanentes, et même à la limite, y'a des coins où il n'y a plus de médecins, c'est très difficile de se faire remplacer pendant les congés – et c'est pas qu'ici hein* » (psychiatres, salarié du public et libéral). « *Les généralistes, ça va devenir 3 fois pire maintenant, parce qu'ils n'arrivent pas à trouver d'associés* » (gastro-entérologue libéral).

En psychiatrie : « *Déjà il y a eu le problème de la fin de l'internat en psychiatrie et des infirmières psy : on a moins de vocation¹¹¹ et de personnes qui s'orientent en psy* », « *le problème des pénuries est aussi peut-être encore plus qu'ailleurs, car le facteur humain est plus important : quand il y a moins d'effectifs, les conditions de travail deviennent difficiles, car il faut passer du temps à discuter avec les malades* ». « *En hôpital, y'a déjà la violence et encore plus avec une diminution de moyens, moi j'ai vécu en 10 ans une situation dramatique. Au début, quand j'ai commencé dans le service, y'avait 4 médecins, quand je suis parti plus que 2. Pareil pour les psychologues, les infirmières, on a vu petit à petit les moyens se réduire. Et je pense que le travail public n'a de sens que si on est suffisamment nombreux (...). C'est plus difficile de gérer l'hôpital, la psychose, on a quand même une telle impuissance, et... c'est très lourd. C'est épuisant, c'est pour ça que c'est important qu'il y ait beaucoup de gens, parce que je crois qu'on a besoin de s'étayer (...). Donc les services où il ne reste que quelques médecins c'est invivable* ». « *Et les problèmes de pénurie, pour mes collègues en pédopsychiatrie c'est encore pire* » (psychiatres).

À noter les problèmes qui se posent aussi dans les spécialités plus techniques dépendantes d'autres acteurs (médecins spécialistes en conflits potentiels dès qu'il y a des pénuries).

Ex. « *On a moins de créneaux possibles avec les anesthésistes, chirurgiens, radiologues* » (gastro-entérologie), réamorçant aussi des sentiments d'injustice entre praticiens des cliniques/hôpitaux publics.

- Plus secondairement¹¹² (le plus souvent suite à des relances de l'enquêteur) **les médecins évoquent les effets néfastes des diminutions des pauses et réunions de travail.**

¹¹⁰ Même discours chez les libéraux (cabinet).

¹¹¹ À ne pas sous estimer : la vocation ou le volontariat (ex. investissement de personnel dans les services à l'époque Sida, choix du travail de nuit ou de spécialités comme la gériatrie) entraînant moins de plaintes au travail (au moins du côté infirmier).

¹¹² Peut-être suite à des habitudes d'endurances, mais aussi aux limitations de la notion de collaboration.

« Déjà qu'on est un peu seul aux urgences, et comme on manque un peu d'effectifs, on a pas toujours le temps de parler de tous les dossiers chauds, c'est un peu le souci », « ce qui est stressant, c'est qu'on n'a plus de temps pour se réunir et parler de choses difficiles, le temps de réunion a fondu (...). Et les gens n'ont plus le temps de se rencontrer : les infirmières, (il paraît que) le projet, c'est que ça diminue à 1/4 d'heure 20 minutes (relance : les transmissions ?). Oui. Donc y'a pas de secret, on a beau avoir, que se développent des techniques de codification, de transmissions bien ciblées pour que tous les problèmes soient pointés le plus vite possible, y'a des choses, de l'impondérable, en soins palliatifs des discussions de personne à personne pour réfléchir un peu à ce que tout le monde en pense. On n'a plus le temps de se réunir entre médecins non plus, et les médecins avec les infirmières – c'est un temps collectif, donc un temps irremplaçable – rien ne remplace une réunion de groupe –. Alors ça altère beaucoup la qualité des soins ça, c'est embêtant, ça altère notre charge émo, émo, affective sur ces soins là (bredouille). Puisqu'on a le vécu qui pourrait-être optimisé de façon meilleure » (salariés du public).

Chez une partie des informateurs, les conséquences de l'augmentation des temps de travail sont également des difficultés accrues à préserver « un équilibre personnel » notamment pour bien soigner, et le plus souvent en multipliant « les activités à côté »¹¹³ (la moindre disponibilité des médecins à leur famille n'ayant pas ou très peu été évoquée).

B. Des angoisses pour l'avenir

Les démotivations au travail semblent également approfondies par des phénomènes d'anticipation.

- L'aggravation des problèmes des gardes

« Les gardes, toujours les gardes, y'a toutes ces contraintes là et qui sont inquiétantes pour l'avenir faute de relève – à la limite inquiétantes pour poursuivre l'activité – parce que je vois pas comment on va résoudre cette difficulté... On est très soucieux pour les mois à venir, on subit une baisse constante des effectifs, y'a plus d'internes, ça posera déjà des problèmes en mai, on fait de plus en plus leur boulot... » (salarié privée en contrat aux urgences publiques). L'aggravation des problèmes de gardes étant globalement perçue par les générations intermédiaires comme facteur de désaffection médicale à venir.

« Bon moi j'ai 45 ans (rires), j'ai encore 15 ans à tirer peut-être, mais mon associé, comment il va faire ? », « quel jeune va dire : 'bin moi je vais sacrifier ma vie à faire des gardes tout le temps, et non, j'ai envie de faire autre chose' ». « Le malheureux qui choisit une spécialité chirurgicale maintenant, il a à peu près la chance d'être de garde à peu près tous les jours, pendant 6 ans de formation ! Donc bin voilà, les gens choisissent une autre spécialité ». « Les jeunes pour qu'ils choisissent d'avoir plus de contraintes de gardes, il faut vraiment qu'ils soient passionnés par la médecine, autrement ils resteront dans une ville où ils seront plus nombreux : moins souvent de gardes, voire pas de gardes du tout – parce qu'il y a le CHU qui lui a une garde ».

¹¹³ Idem MG.

- Des stress causés par des craintes de fautes professionnelles

« Pour le moment on fait pas trop de bêtises, on s'en sort, mais il faudra revenir me voir avec la prochaine canicule, on travaillera avec un effectif encore plus réduit ... Déjà ici ils (les reponsables administratifs) voulaient fermer, c'est là qu'on verra de nouveau la fragilité du système ». « Le manque de lits, donc tout ça pour le coup ça crée un stress important en terme de, d'agitation névrotique pendant la journée, de stress de voir des soins qui sont de mauvaise qualité puisqu'ils sont fait rapidement dans des lieux qui ne sont pas adaptés – Heu prendre en charge un insuffisant respiratoire en chirurgie, c'est heu, c'est risqué hein. Bon a n'a pas encore de pépins mais on en aura un jour. Le stress de tout le monde ici, c'est devenu infernal » (salarié du public).

- Et par l'absence de perspectives d'avenir

« Et les gens demandent des personnes pour les consultations, avec la démographie médicale qui a baissé, je ne sais pas ce qui va se passer » (libéral), « et ils trouvent personne, puisque personne n'est disponible, qu'est-ce qu'on va faire ? » (salarié privé nl).

« On va être à la fois grignoté par les budgets de la santé qui vont s'effriter, et puis par des effectifs médicaux qui vont aussi diminuer, s'érousser aussi, donc dans les deux cas heu, y'a peu de chances de salut, d'aides, enfin très très peu de chances d'augmenter nos effectifs donc de diminuer notre charge de travail. Elle va augmenter, augmenter – notre charge de travail actuelle, ce n'est rien par rapport à ce qu'elle sera bientôt... Et on va vieillir, on va vieillir (ton bas) et puis on va travailler très tard (...). C'est au-delà de toutes les spécialités et pratiques je pense¹¹⁴. De tous les côtés de toute façon, on voit pas bien comment ça va s'arranger : la charge de travail va augmenter, mais l'exigence de soins des populations va augmenter aussi, donc c'est un paradoxe : on aura moins de moyens et plus de demande, on va créer un stress au travail qui va être difficile à gérer je pense » (salarié du public).

« Au niveau du département, moi je constate une diminution de l'offre de services (urgences) au niveau de la médicalisation primaire, je pense que les autorités s'en sont rendus compte puisque l'évolution c'est de dire : 'plutôt que des médecins sur des interventions à domicile, on devrait mieux y mettre des paramédicaux'. Moi je crois que c'est parce que de toute façon on va dans le mur, et qu'il n'y a pas d'autres solutions, c'est juste une façon de présenter les choses après » (privé/public).

Reste qu'il existerait également des contextes locaux amplificateurs à la pénurie (report du travail MG-MS dans les régions déjà sous médicalisées, augmentation du nombre de patients à soigner suite à la fermeture/fusion de structures de proximité).

Pour les médecins exerçant dans les régions où les charges de travail sont déjà plus importantes (ex. pas ou peu de médecins libéraux) **le problème serait de ne plus pouvoir bénéficier de tris, de possibilités de décharges et/ou de relégation des clients (risque de devenir « des premières lignes »).**

¹¹⁴ Mots à mots des discours entendus chez les MG.

- Les problèmes d'entropie des régions sous médicalisées

« Ici, déjà il y a très peu de propositions de soins, une carence, on n'a ni les avantages de Paris, ni ceux du bord de mer (rires jaunes) donc au niveau de notre recrutement, on a tout, c'est tout, tout le monde : les personnes en difficulté d'adaptation, des perturbateurs de tout genre, des vraies pathologies mentales je dirai (...). C'est une charge de travail énorme, donc en raison du nombre : il y a très peu de médecins privés psychiatres (...). Du fait qu'on a pas d'autres intervenants dans le privé, il y a un surcroît de travail dont personne ne tient compte, ni les directions, ni la région. Pour avoir travaillé à S. je sais que dans le public il y avait des pathologies plus lourdes, mais la plupart des patients allaient ensuite consulter dans le privé (...). Et voilà, on a tendance à se défilier sur la psychiatrie, la médecine générale de tous les problèmes (médecin psychiatre, Auvergne, salarié privé non lucratif).

« Moi je suis seul dans ma spécialité, la pénurie de MG se reporte sur les spécialistes – moi je commence à voir des malades ne pouvant pas voir directement leur MG qui vont appeler directement le médecin spécialiste, les malades viennent directement – ça devient un peu comme en ville, alors que ça n'existait pas. Ils nous disent : 'les MG sont débordés, ils ont trop de travail, je veux un avis de spécialiste' –. Donc on va avoir encore des malades supplémentaires, on va avoir trop de travail, on va vivre ça au moins pendant 10 ans, du fait de la lenteur à former les professionnels » (médecin gastro-entérologue, libéral, Pays de Loire).

« Dans notre service, y'a des postes qui existent, mais qui ne sont pas pourvus. Les médecins de ville, c'est pareil – on les a rencontrés il y a quelques mois, lors d'une réunion avec le Conseil de l'Ordre. Comme ils sont peu nombreux, ils ont une clientèle phénoménale et ils en demandent pas plus. Par exemple, y'a un médecin qui est malheureusement décédé, qui était installé en centre ville et qui avait une énorme clientèle, et aucun médecin ne l'a remplacé. Donc cette énorme clientèle est allée se répartir sur les autres médecins qui étaient déjà entre guillemet surbookés » (médecin SAMU, Picardie, salarié du public).

- Les logiques de fusion touchant particulièrement les petites structures de proximité

« Nous sommes la petite structure de proximité, on dépend – enfin on est associé avec l'hôpital de M. qui est censée pouvoir tout recevoir, en sachant qu'actuellement un autre établissement ferme cette activité, enfin se reconverti (centre de convalescence). Et c'est remplacé par rien... Donc on subit tous des fermetures d'établissements par-ci par-là, des fermetures de lits, les structures sont de plus en plus concentrées, donc l'activité augmente par manque de lits, et par la pression de la population démographique locale aussi » (urgentiste, PACA). « On est une petite structure de quartier, et avec le projet de fusion, on va être obligé de soigner 3 fois plus de patients, c'est impossible. Déjà qu'on avait déjà fusionné, à croire qu'ils veulent qu'on ferme définitivement » (psychiatre, Île-de-France).

Les conséquences des pénuries médicales sur les patients sont peu évoquées par les enquêtés, sauf par les psychiatres qui ont souligné :

- Des risques sociaux majeurs à ne plus pouvoir écouter certains patients (ex. passage à l'acte de certains patients psychiatriques, demandes auprès des sectes, soins parallèles, « gourous » faute de trouver des réponses officielles adaptées).

- Des délais d'attentes et d'hospitalisation qui s'allongent partout .

« *En pédopsychiatrie, ce se sont des délais de 3-4 moins pour une prise en charge* », « *les patients me rapportent de plus en plus souvent des problèmes d'attentes dans les salles d'attentes (en MG), de temps à leur consacrer à domicile,...aussi parce qu'ils sont garés en double file* ».

Notons que d'autres effets tout aussi graves ont été évoqués indirectement par les autres enquêtés :

- Ne plus répondre systématiquement aux appels du centre15 (« *mise en attente* », « *appels reportés* »).
- Des sorties anticipées de patients hospitalisés (passées sous silence par les hospitaliers sauf pour pointer les retours vers les services des urgences).

À noter enfin un effet inverse des pénuries médicales, paradoxal : de meilleurs passages de relais (de force) entre concurrents :

« *Là je suis obligé maintenant de donner aux patients l'adresse de confrères* » (psychiatre cabinet), « *on a fait le choix, on n'a pas le temps, pas la possibilité de gérer les consultations directes : c'est-à-dire que malheureusement les patients de ville ne peuvent pas téléphoner dans le service et demander un rendez-vous avec nous : on a fermé cette porte, ce qui est tout à fait anormal pour un service public : on peut pas accueillir les gens comme ils le voudraient – bon on leur donne les numéros des cabinets de collègues de ville, comme on s'entend bien avec eux, y'a pas de heu, et comme on travaille de façon relativement identique –. Mais donc la personne qui n'a jamais été vue dans le service, on lui dira soit de passer par son médecin traitant, soit par le pneumo de ville...(pneumologue salarié du public).* »

Reste que ces vécus de situations de « *fil tendu* » au travail rendent intolérables deux autres formes de contraintes dans le travail, également au cœurs de tous les discours.

C. Les nouveaux risques de déconstruction des identités professionnelles : un travail administratif chronophage et des contrôles inadaptés voire suspicieux

Les contrôles en médecine sont peu appréciés, surtout s'ils sont le fait de « *la médecine de contrôle, des médecins mais ça n'a rien à voir avec la médecine hein*¹¹⁵ – *Ils nous expliquent que vous avez trop d'assiettes, trois portes...Enfin c'est pour la sécurité mais ils sont assez peu enclins à aider et à faire que ça marche !*¹¹⁶ » (salariée du public, coordinatrice en structure privée lucrative), et particulièrement critiqués :

- Par les médecins libéraux (« *ça c'est vraiment terrible : cette nouvelle réglementation par soucis de sécurité, qui est vraiment poussée à l'extrême : tout le protocole, tout ce*

¹¹⁵ Même discours chez les MG : encore une fois, le seul légitime à contrôler est celui qui reste aux côtés des patients, d'où l'invisibilité aussi des médecins salariés de travail, mais aussi de tous les salariés travaillant en dehors des structures de soins.

¹¹⁶ Nous revenons en conclusion et en annexe 3 sur cette constante : l'inadéquation des communications émanant du ministère et les problèmes d'organisation et de conditions de travail ressentis sur le terrain.

qu'il faut remplir, y'a je sais pas combien de fiches de traçabilité, de précautions – oui ça ça devient de plus en plus pénible »).

- Dans les spécialités basées sur la relation¹¹⁷.

- Parmi les anciennes générations (changements des organisations du travail).

Cependant, l'ensemble des enquêtés a été particulièrement prolixe à souligner en cœur ce qui se révèle être aussi une lamination de leur pouvoir de décision (*suite à la question portant sur les causes de surcharges de travail, ou spontanément*).

Des logiques bureaucratiques déstructurant le travail

La parole est aux enquêtés

Outre la « multiplication des directions » (médecin du travail, public), « on assiste à la montée en puissance des consignes, de protocoles en tout genre, de l'administration, c'est dramatique ; c'est là qu'on a beaucoup plus de difficultés maintenant : il faut faire les choses de telle façon pour remplacer nos pratiques expérimentées par des pratiques censées être plus efficaces, plus élaborées... Qui ne le sont pas la plupart du temps, car définies par des gens qui ne pratiquent pas. Et qui vont faire que peu à peu les praticiens dépensent plus d'énergies à obéir aux protocoles qu'à pratiquer correctement. C'est devenu un passage obligatoire qui a détruit toute la relation... On pense que les gens vont mieux faire parce qu'on leur donne un outil qui a été défini comme plus performant, c'est partout, chez les médecins, en dehors des médecins – c'est un vécu collectif – mais c'est une réalité, chez les infirmières aussi. Parce que finalement tout le monde aime bien pratiquer correctement son métier – et c'est une souffrance qui n'est pas que dans le monde soignant parce qu'à mon avis, vous allez à l'Éducation nationale vous trouvez la même chose, ou les facteurs : le problème c'est plus de faire son métier correctement mais de suivre ce qu'on vous dit de faire... C'est un mouvement global : on voit des gens – je m'excuse de parler comme ça, mais on voit des gens détruits – des infirmières qui étaient fières de leur travail, ce qu'elles faisaient, qui ont même prolongé leur travail et qui disent ensuite : 'bin finalement, je suis bien contente de laisser ma place'. C'est extrêmement inquiétant, d'autant que ça touche des jeunes médecins, – je ne sais pas ce qu'on va faire avec les jeunes médecins, en plus du drame de manques de médecins – même chez les universitaires chercheurs parisiens – : on pourra peut-être les plier à une certaine réalité protocolaire au début de carrière, mais c'est pas comme ça qu'on maintient en vie quoi (...). Le cynisme, c'est de penser que dans nos métiers de soignants, la charge peut-être multipliée à l'infini, que les personnes sont extensibles à l'infini. Non, on vit une déstructuration de notre travail, les consultations à donner plus rapidement, enfin on va remplacer le travail de fond par l'urgence, incessante, à répétition. Mais on est dans une sacro-sainte logique qui est celle du coût... Il faudrait former des médecins, mais il paraît que le l'université coûte cher, la Sécurité sociale aussi » (ton de colère, médecin psychiatre, salarié du public).

Des injonctions de comptables contradictoires avec la « vocation » du médecin (soigner au mieux le patient)

¹¹⁷ En MG également.

« La montée d'exigence, moi je la sens du côté des pouvoirs publics..., pas du côté des patients. J'ai l'impression d'une immixtion, d'une intrusion des pouvoirs publics : ils sont là, au milieu. – Et ça, je l'ai vu en quelques années, c'est hallucinant, on a vraiment l'impression que le colloque singulier est de plus en plus perverti par toutes les exigences administratives et financières : alors ils nous imposent : 'c'est tant la consultation' – alors du coup, nous on est obligé à des pratiques, donc on réduit le temps de la consultation (...). Et en 20 minutes, on ne fait pas grand chose. On dévalorise l'écoute, alors que ce que demandent les gens, c'est de l'attention et du temps – (...) ça a pris un tel poids au quotidien : les gens viennent pour des choses essentielles, et nous on est pris dans des trucs comme ça ! (...). À l'hôpital, oui je le vis d'une manière plus douloureuse, parce qu'on perd beaucoup plus de temps en conneries (rires) en choses annexes pour respecter la réglementation, on perd un temps fou – c'est démultiplié partout, c'est du temps en moins auprès des patients » (médecin psychiatre, 50 ans, libéral cabinet et clinique privée, fin d'exercice en hôpital public).

Ces ressentis conduisant des enquêtes « à fronder », « même si c'est mal vu » pour se recentrer sur des logiques soignantes (« pratiques à l'ancienne », « prendre soins des gens ») ; par exemple à négliger les dossiers, les écrits, les réunions : « c'est un choix mal foutu mais tant pis ! Il y a quelques années je l'aurais payé cher, mais maintenant je suis trop avancé dans la carrière » (médecin psychiatre, salarié public).

- **Mais derrière de nombreux discours, s'exprimerait aussi** sinon des sentiments d'une perte de pouvoir des individus¹¹⁸, au moins **la peur d'un avenir incertain, où le médecin se verrait imposer dans quel sens iront les soins par des non-médecins** (ex. « traitements les moins chers » imposés par la Sécurité sociale, les pharmaciens hospitaliers), **et finalement remplacer par des professionnels sous-diplômés.**

« Nécessairement du côté comptable, on est du côté de la restriction des médecins, de la déqualification : après y'a plus d'ophtalmo, plus de gynéco, y'a plus de pédiatres et y'a quasiment plus de psychiatres. Donc, il ne restera que des généralistes et des gens sous-qualifiés qui sont moins payés, qui coûtent moins chers ». « Bon encore ici, le directeur est médecin, alors que quand les cliniques sont reprises par des groupes de santé, c'est plus que l'argent qui prime : par exemple, si on juge que l'ORL ne rapporte plus assez d'argent, il n'y aura plus d'opération des amygdales. On n'a pas été habitué à ça, bon peut-être il faut s'y habituer, mais c'est vraiment dramatique » (gastro-entérologue, clinique).

« À chaque fois qu'on entend dire qu'il va y avoir une réforme de la Sécu, y' pas mal d'espoir et puis c'est terrifiant (rires) le manque d'imagination dont tout le monde fait preuve. Mais je crois que la santé ne peut pas se dégager de son coût. Mais alors comment gérer cela ? Écouter quelqu'un pendant 45 minutes, ça a un coût, s'il y a 15-18 ans de formation. Alors c'est vrai qu'on peut former des gens pendant 2 ou 3 ans à l'écoute, mais ça, c'est un choix politique. Ou alors la santé réservée aux riches...Et c'est pas en persécutant les médecins, en mettant des, des lois style dossier médical, qu'ils vont permettre de régler ces problèmes qui sont les problèmes fondamentaux de la santé » (psychiatre, cabinet).

¹¹⁸ « Il y a cette espèce de surveillances sanitaire et sociale qui vient de nulle part en fait, c'est une espèce de système dans l'ensemble de la société – c'est très dans l'air du temps ce contrôle d'une instance supérieure –, comme si l'individu n'était plus en lui-même porteur d'éthique, ça c'est très grave, parce qu'on voit bien après qui va dire ce qu'il faut faire : les politiques ? – mais quand on voit ce qu'ils font aussi –, les juges ? » (psychiatre, cabinet).

- **À noter d'ailleurs, le nombre important d'enquêtés (âges, types et lieux d'exercice et spécialités confondus) qui ont évoqué spontanément le recrutement de médecins étrangers, ressentis également comme un nivellement vers le bas de la qualité des soins, symbole de déqualification, de perte de statut, de dévalorisation de la profession.**

« Faire venir des médecins étrangers, ça c'est des trucs que je comprends pas : pourquoi on n'en forme pas en France ? Il paraît qu'un médecin étranger coûte moins cher, mais bon, – non mais c'est hallucinant qu'ils fassent venir des médecins étrangers qui sont généralement moins bien formés que nous (ton bas) ».

« On est devant un afflux de médecins étrangers qui fait que de plus en plus d'infirmières sont remplacées par des médecins étrangers, ce qui est à mon avis très néfaste parce que c'est pas le même métier. Ce qui est quand même source de complications, c'est que vous avez dans le même service des médecins étrangers qui travaillent comme médecins, des médecins étrangers qui travaillent comme aide-soignants – d'emblée les filles sont aides-soignantes parce que les hommes ne veulent pas – et donc des médecins étrangers qui travaillent comme infirmiers, – y'en a un certain nombre, je sais pas comment ils font, c'est ceux qui acceptent d'être moins payés que les infirmiers, qui acceptent de travailler sous l'autorité de quelqu'un – tout ça c'est aberrant ».

« En hyper sélectionnant les étudiants (infirmiers aussi) y'a toute une génération qu'on a sacrifiée – et tous ces étudiants qu'on a éliminés, qui voient passer devant eux ces médecins étrangers ! Quel sens pour eux, cette génération ? C'est un véritable gâchis dont on n'entend pas parler ; tous mes collègues pensent comme moi. Et ça a abouti à une situation de pénurie telle qu'on compense par l'Europe actuellement – ce qui ne correspond pas à une situation normale... C'est ça qu'il faut changer : ouvrir les portes. Parce que l'alternative qu'on a trouvée n'est pas une bonne réponse à mon avis – c'est une situation d'urgence, bon, mais quelle est leur motivation, quelle finalité il y a derrière ? Souvent on voit des gens qui quittent leurs pays en mettant en avant uniquement une réussite financière (...). Nous on a 6 médecins belges à la clinique, ça n'a pas de sens, à la limite un médecin étranger sera peut-être plus utile dans son pays. Donc ça, ça été une erreur, il faudrait le reconnaître et surtout en changer, mais il faudra des années pour réparer tout ça ».

« On s'aperçoit qu'actuellement, dans les promotions médicales et que ce soit justement anesthésie, réanimation ou chirurgie, et maintenant dans la médecine d'urgence, y'a beaucoup de population française, mais d'origine maghrébine. C'est-à-dire qu'on a l'impression que ce sont des fils d'immigrés qui arrivent justement à gravir des échelons. La médecine est une porte ouverte, mais c'est pas : ils se précipitent. C'est qu'eux acceptent de faire le sale boulot – ça fait un peu penser à la réputation des Maghrébins qui sont dans la rue avec le marteau piqueur ou derrière, les éboueurs...Maintenant on les voit arriver en médecine !! Ce qui n'enlève rien à la qualité, mais je pense que ça traduit la désaffection des classes aisées pour ça. Alors, dans la région parisienne c'est encore mieux : même la 2^{ème} génération ne suffit pas : on prend carrément des étrangers (...), sous certaines conditions je crois : il faut qu'ils soient attachés à un hôpital public, à ci ou à ça, au service de machin : c'est un peu du servage du Moyen-âge (relance) – je parle même pas de salaires, hein ».

Plus grave peut-être, **tous ces changements semblent avant tout ressentis comme les effets d'une stigmatisation injustifiée : les médecins étant désignés comme responsables de problèmes budgétaires**, « *alors qu'il n'y a pas de solutions miracles* » (à la médicalisation acquise et pensée comme exponentielle de la société), **voire appréhendés comme malhonnêtes.**

« Donc on passe un temps fou en exigences administratives pour le ministère, la Sécurité sociale, pour justifier les actions, parce qu'ils ont toujours l'impression que les médecins c'est des escrocs... Donc il faut les contrôler, les surveiller, faut justifier – c'est pour répondre à une suspicion a priori des pouvoirs publics (...). C'est pas normal d'être traité comme ça » (psychiatre, cabinet)¹¹⁹. « Le regard porté sur les médecins, par les médias, par les pouvoirs publics, c'est un peu difficile à comprendre, et ça persiste malgré les changements de gouvernements...et les médecins qui sont à l'Assemblée nationale. On en est maintenant à dé coter les actes : on fera plus, en étant moins payé. Alors est-ce que c'est parce que nos revenus sont liés à l'État¹²⁰ ? (...) On a un revenu à peu près égal à celui d'un directeur d'entreprise, alors est-ce maintenant le médecin ne doit pas dépasser un certain seuil ?...Les anciens médecins devaient au contraire être riches, par exemple : changer de voitures régulièrement. Non, l'idée maintenant c'est : 'il faut faire pauvre'. Alors est-ce que c'est lié au fait que nous fonctionnons avec nos patients avec le principe de la confiance ? Mais y'a pas tant d'abus que ça hein ? (ton de doute)...et pourquoi ne voir en nous que des gens intéressés par l'argent ? Ici nous avons la charge de 3 secrétaires, on fait des courriers gratuits, sans parler des consultations par téléphone qui prennent environ 1/2 heures par jour. Bon, on va pas comptabiliser tout ça, mais il faudrait avoir une vision plus large – Et encore comme spécialiste, on n'est pas trop malheureux, mais si on continue comme ça, y'a en qui vont craquer (bis et comme un avertissement) (cardiologue, clinique).

À noter cependant que les discours critiques des enquêtés à l'égard des pouvoirs publics atteignent leurs limites quand il est question de ces autres médecins jouant des rôles politiques majeurs, ayant un pouvoir de décision important (co-gestionnaire auprès des directions, médecins du Conseil de l'Ordre, médecins-maires, députés, ministres etc.). Des enquêtés ayant dénoncés alors « *des collaborations* » (au sens négatif des termes), voire le fait qu'en matière de pénurie, la profession elle-même a participé à des erreurs de pronostics : « *Au cours de mes études – donc en 88, ils nous avaient dit qu'il y aurait 25 % de chômeurs et des RMI ! Or, si on veut bosser, y'a du boulot partout* ».

2.2 Les procès

Les réponses à la question concernant *les éventuels changement des relations avec les patients* ont suscité aussi de nombreux discours, tant ils réamorcent des angoisses identitaires liées à l'erreur professionnelle et à la perte de pouvoir médical.

« Quand on n'a pas les moyens de travailler correctement, comment voulez-vous ne pas faire d'erreurs ! », « y'a peu de spécialités qui puissent être protégées des procès, – ceci dit, les spécialités où on exige des décisions rapides, qui peuvent évidemment prêter parfois à l'erreur – y'a pas de secret – sont évidemment plus exposés : la médecine d'urgence, les

¹¹⁹ Reproduction de discours entendus en MG, les plus souvent suite à des chocs liés aux courriers parfois très lapidaire des administrations.

¹²⁰ Notons que c'est la seule informatrice ayant abordé d'elle-même cette épineuse question (voir chapitre 3).

anesthésistes réanimateurs, les chirurgiens, les obstétriciens – eux je pense qu'ils sont au top ».

Les risques de procès étant une ultime cause de désaffection médicale à venir :

« Je crois qu'on a d'abord pas formé suffisamment de médecins, ça c'est une chose. Et puis secondairement, on en arrive à la désaffection : à une époque, les médecins étaient des notables, ils acceptaient, ils sacrifiaient beaucoup leurs temps, mais ils avaient une certaine aura. Maintenant le métier est devenu un peu comme les autres, c'est un métier quand même plus (moins) attractif, qui fait peur en plus avec toujours cette menace sur le dos ».

Un nouveau phénomène très mal ressenti par presque la totalité de nos informateurs (à l'exception des psychiatres)...

« On voit de plus en plus de revendications et de menaces », « les gens n'hésitent plus à vous rappeler, et s'il y a le moindre problème, ils n'hésiteront pas à porter plainte ! », « c'est vrai que les critiques ça nous déstabilise beaucoup, parce qu'on a la peur au ventre – les médecins, les infirmières, tout le monde –, parce qu'on va leur reprocher quelque chose, parce qu'on essaye de faire notre métier le mieux possible avec conscience », « quand on reçoit le truc de l'huissier à son cabinet, je peux vous dire que pendant deux ou trois nuits, on dort pas, mon associé il a craqué pour ça ».

Car les origines des procès restent mal comprises (en dehors des psychiatres).

« Non, mais tout porte à critique quoi, c'est parce qu'on leur a dit qu'ils avaient des droits ! ». « Les gens je crois, dès qu'ils se rendent à l'hôpital, ils voient plus (davantage) ça comme un dû ». « Y'a une défiance qui s'est instituée, autour des maladies nosocomiales ».

- Outre le fait que les enquêtés utilisent des catégories extrêmement globalisantes (« les gens »), les débordements sont reliés le plus souvent...aux médias¹²¹, jugés non seulement responsables de la divulgation de traitements « miraculeux », mais aussi du développement d'une suspicion à l'égard des médecins.

« Ils ont créé une méfiance : 'est-ce que ce médecin n'est pas un marron ?' Il existe des erreurs médicales, mais il y a une généralisation du soupçon, donc à la moindre présomption, le risque du procès ». « Et je crois que si cherche la cause, elle est dans les médias et les politiques, depuis cette histoire de sang contaminé, ils ont tout fait pour que le principe de précaution s'applique aussi en médecine, et je suis sûr que ça été un argument qui fait qu'on a perdu notre aura ».

Les procès étant perçus comme des facteurs explicatifs majeurs de la désaffection médicale en particulier dans « les spécialités à risque ».

« Il y a moins de médecins français à cause des histoires d'assurance et tout ça », « il y a plus de candidats pour la chirurgie, alors que c'était intéressant, ça rapportait bien, – c'était l'idéal », « il faut vraiment être très solide, dans les spécialités où y'a des risques, il n'y aura

¹²¹ Même discours en MG.

plus de d'anesthésistes et de chirurgiens... Ou alors il faudra que la société prenne conscience que le risque zéro n'existe pas ».

En effet, et même si tous les médecins admettent qu'il s'agit là de comportements minoritaires – et émanant plutôt des proches du patient (et apparemment plutôt citadins) –, **la perspective de pouvoir être mis en procès reste un choc** (tant il s'avère encore impensable que le patient à qui l'on fait du bien puisse se retourner contre son bienfaiteur), **puis sont reliés à une dégradation continue des relations soignants/soignés, avant tout vécue comme la fin de la déférence traditionnelle aux médecins** : « *y'a le ton quoi, ils ont un comportement désobligeant* », « *ils n'ont plus le respect du médecin qui existait il y a une vingtaine d'années, les procès sont de plus en plus monnaie courante* ».

À y regarder de plus près, les situations de tensions avec les patients seraient liées à d'autres incompréhensions récurrentes :

- Des besoins des patients et de leurs proches de sens à donner à leurs maux, surtout en fin de vie

« Bin un patient de 99 ans qui part sans souffrir dans son sommeil, c'est un résultat satisfaisant pourtant ! Je comprends pas les réactions des gens... ».

Ainsi, la plupart des critiques, colères, voire attaques de patients et de proches recensés pour cette enquête sont liés d'abord à l'absence d'explications médicales concernant 1. la cause du décès de parents (même âgés) décédés, en particulier lorsqu'ils ont été laissés seuls dans un service 2. les soins de suite à venir (surtout s'il s'agit de soins palliatifs)¹²². Outre l'argument toujours utilisé de ne pas parler au risque « *d'angoisser le patient* », il y a peut-être surtout des difficultés à sortir de logiques purement médicales (ex. « *souvent on ne sait pas, tout simplement – on peut pas dire pourquoi la personne est morte : on n'a pas le diagnostic, – bon on peut dire, mais approximativement* »), à assumer la fin des traitements curatifs (idéologie salvatrice, sentiment d'inutilité voire d'échec¹²³) et/ou l'utilisation de traitements ayant des logiques expérimentales.

- Des multiples identités des patients, tournés aussi vers des demandes d'écoute

Particulièrement en institutions, les logiques de soins médicaux prévalent. Certains informateurs ont alors exprimé leur étonnement face à des demandes d'écoute non médicale (et cela même dans les spécialités dites globales et chez les jeunes médecins).

« C'est incroyable, en consultation, les gens sont très très, ils n'hésitent pas à vous parler de leur vie, tout ça, après c'est des gens dont on est très proche, vraiment très proche » (cardiologue), « *je suis toujours étonnée quand les patients me disent : 'bon arrêtez de parler de ça' – mais je suis le médecin – 'bon alors c'est fait... Si on parlait d'autres choses' »* (gériatre).

¹²² Il s'agit là de constantes, particulièrement visibles en consultation et visites de MG et en cas de cancers en stade terminaux.

¹²³ Voir chapitre précédent.

- Des phénomènes d'autonomisation de certains patients et de leurs proches (« de plus en plus demandeurs » = « de plus en plus exigeants », « en matière de tout, de qualité de soins de tout »¹²⁴).

Ainsi, secondairement les critiques, colères, voire attaques de patients et de proches recensés sont en fait liés à « *des problèmes relationnels avant tout* », mais qui restent peu compris.

« *Ce sont des gens qui estiment avoir été mal soignés, mal traités, bof* », « *les tensions qui sont générées par les problèmes de places, je pense que les familles et les patients les perçoivent avant nous, on n'a pas trop à se justifier, on n'est pas reconnu comme responsables, ils se rendent compte que c'est pas normal, mais pas forcément de notre faute – c'est autre chose* ».

Les jugements se focalisent alors surtout sur des constats récurrents :

Des patients moins patients (demandes de rendez-vous rapides, « *mauvaises tolérance à l'attente* », « *en plus, ils veulent avoir des résultats très vite pour revoir leur médecin* »), **utilisant** (eux aussi) **les filières de soins les plus rapides**.

« *Quand j'étais à Marseille, bon c'est l'hôpital de proximité en plein dans la cité, donc tout le monde y va parce que c'est plus simple, – bien moi il m'est arrivé d'être appelé à 5 heures du matin pour quelqu'un qui a une angine, et il vous le dit hein : 'j'ai une angine, je viens vous voir parce que d'abord je paye pas, et à 5 heures du matin parce que je suis sûr de ne pas attendre !* », « *nous sommes devenus des services pour personnes pressées ! Ils me disent : 'j'ai pas vu mon MG, mais de toute façon il m'aurait renvoyé au cabinet de radiologie et je serai revenu le revoir, donc je vais gagner du temps' (relance). Bon c'est vrai qu'ils n'ont pas forcément d'argent aussi, y'a les deux, - y'a quand même un problème social, mais finalement, je sais pas si c'est tant que ça, on n'a pas les statistiques (...). C'est plus une solution de facilité* » (urgentistes).

Mais ce qui est jugé intolérable, « irrespectueux » c'est qu'ils le fassent savoir, en évoquant leurs vies sociales (irruption dans les soins du temps du patient, traditionnellement effacé à l'hôpital), surtout aux urgences.

« *Y'a l'impatience du début : 'occupez-vous de notre malade', et l'impatience de la fin, parce qu'une fois que la famille est rassurée sur la non gravité de l'état du patient, c'est : 'quand est-ce que je vais rentrer chez moi ? Quand allez vous libérer le malade ?'* (rires) – voilà '*parce que nous on doit rentrer chez nous, parce qu'on a des gamins*' », « *moi j'en vois qui viennent après leurs courses ! Heu après leur travail, enfin voilà, en disant : 'moi je suis pressée, il faut que je récupère mon petit à la nourrice, enfin bon c'est un peu supermarché dès fois* »¹²⁵). Les patients reléguant alors les médecins dans un simple rôle de prestataires de services, tout en dévoilant parfois les hiérarchisations médicales (MG/MS, urgences).

¹²⁴ À noter le rôle grandissant des patients : déjà pourvoyeurs des retours (ils amorcent, voire imposent des médecins à leur médecin) et aussi souvent centralisateur de leurs dossiers de soins (à défaut de coordinations entre médecins), voire plus : « *ils exigent, enfin sont demandeurs de rentrer dans des réseaux de soins* ».

¹²⁵ Discours quasiment identiques chez les MG (les fameuses courses avant ou après), également particulièrement mal vécues.

« Dans les urgences, ils n'acceptent plus d'attendre, alors qu'ils acceptent d'attendre deux heures chez eux que le médecin vienne et puis ils vont le recevoir en lui proposant un café », « ils me font venir (à domicile) alors je sais qu'ils se déplacent chez le spécialiste, les MG sont devenus des larbins¹²⁶ », « soit disant qu'ils ne peuvent pas se déplacer et je les vois faire leurs courses ! ».

« Les abus » des patients et de leurs proches seraient particulièrement présents aux urgences, et d'autant mal vécus qu'ils tendent à faire des hospitaliers de simples MG.

« Ce qui nous met en rogne, c'est des gens qui appellent parce qu'ils n'arrivent pas à dormir, pour un renouvellement d'ordonnance, ou parce qu'ils cherchent un médecin pour avoir un certificat médical¹²⁷ sportif juste avant de faire leur foot ! », « on a des plus en plus d'encombrement avec pas mal de sujets qui viennent pour des pathologies qui relèvent plus de la médecine générale, parce que il y a peut-être probablement un problème d'offre de soins de la MG dans les grandes villes. Donc on a des pathologies courantes, angines, des choses comme ça qui ne devraient pas avoir besoin d'un plateau technique comme un service des urgences. Enfin les personnes elles ne trouvent peut-être pas de médecins, ou elles n'ont pas envie d'aller voir ailleurs (...). La consultation de médecine générale, maintenant c'est permanent quoi, parce que les cabinets étaient plus ouverts, alors que maintenant c'est en fil continu, des gens qui viennent pour des douleurs chroniques, des maux de tête ou de des mal au ventre qu'ils traînent depuis des jours, alors qu'avant on avait des pics le week-end et la nuit ».

Mais d'une part ces problèmes ne sont alors presque jamais directement rapportés aux surcharges de travail liées aux pénuries de professionnels et d'offres de soins¹²⁸ (pourtant particulièrement exprimés et cause de « détérioration de la qualité travail »). Les problèmes soignants/soignés seraient alors également liés à des résistances médicales (ne pas accepter de prendre le temps de communiquer avec de nouveaux collaborateurs). Et d'autre part, les services des urgences seraient les révélateurs d'un autre problème de fond, généralement peu compris par les enquêtés : suite à la médicalisation de la société, toute une partie de la population aurait au contraire totalement remis sa santé aux mains de la médecine, voire désappris à se prendre en charge de façon autonome.

« Autant avant on ouvrait sa pharmacie, on prenait la peine de faire un peu attention avant d'appeler le médecin, autant là dès que ça va pas, il faut être requinqué de suite, il faut que le médecin vienne de suite (...). Est-ce qu'il y a pas aussi un problème d'isolement social ? ». « Le système de la CMU est en train de dérapier complètement : les gens viennent consulter

¹²⁶ Même discours en MG/MS, avec souvent des remises des pratiques de SOS médecins.

¹²⁷ La constante augmentation des obligations de certificats (activités sportives, permis de conduire...) n'est pas toujours bien vécue par les MG non plus, puisqu'elle fait une fois de plus des praticiens de simples prestataires de services (surtout quand des patients non connus ne se laissent pas capter pour autre chose).

¹²⁸ Hormis les médecins psychiatres : « Si ça continue à diminuer et les consultations augmentent, effectivement les gens on voit comment ils sont insatisfaits : une consultation chez un généraliste qui dure moins de 10 minutes, c'est honteux, et je ne sais pas dans quel état il peut être le soir, c'est infernal, il n'a pas le temps d'expliquer les choses, et enfin les gens on le voit, ont ce sentiment là d'avoir été maltraités, évidemment : donc puisqu'il ne m'a pas gardé suffisamment, puisqu'il est passé à côté, je lui fais un procès ». « Y'a de moins en moins de moyens, donc y'a plus de situations de violences, de contraintes, d'internements. C'est dur de gérer la violence à l'hôpital. Là où on en parle beaucoup c'est aussi dans les services des urgences, parce que tout ce que la société ne veut pas basculer dans les services d'urgences médicaux. Mais la santé elle n'a pas les moyens de réguler correctement tout ça ».

mais pour n'importe quoi, les gens n'ont même plus la notion du coût engendré ou de n'importe quoi, y'a une perte de responsabilité (relance). Bin encore ce matin, j'en ai encore vu un, pour une plaie de 8 mn sur le pouce, un truc sur un enfant...pour mettre un tricostérile sur le doigt ! Maintenant on en est là...Dans les services d'urgences, on n'a plus le temps de s'occuper de ça, pour justement remettre les gens à leur place, enfin c'est-à-dire pour leur expliquer un peu les notions d'hygiène banales, que de se faire un pansement tout seul ça ne tuera jamais personne, un peu à l'Africaine quoi – on a l'impression qu'il faudrait refaire des cours d'hygiène basiques. Parce qu'en plus ils râlent, donc on fait : paf paf – on leur dit : 'vous savez, c'était pas la peine de venir' – 'oh mais (je viens) par précaution'. Ah ça la fameuse mesure de précaution, du moment où ça coûte rien !! C'est vrai que c'est dans l'ensemble de la société qu'on accepte plus le moindre risque infinitésimal, c'est même pas une question de risque, c'est la peur (relance). Oui, c'est vrai qu'au début c'était la pédiatrie, pour les petits enfants, les nourrissons, alors bon les mamans étaient inquiètes, – ça c'était au début, avant la CMU. – Puis on a eu les enfants un peu plus grands, puis les parents, puis les pépés, les mémés. Maintenant on a tout, c'est bon !! Alors donc, y'a un effet pervers inimaginable, je sais pas si d'autres médecins vous ont parlé comme ça, mais je vous garantis que moi avec tous mes collègues, les infirmières, les ci les ça, tout le monde commence à avoir la rage à cause de ça (...). Bon, on en fait passer beaucoup en actes gratuits pour des trucs comme ça, parce que je veux dire – il faut pas abuser, mais je vous dis, c'est infernal parce que ça nous prend un temps fou pour rien. Et ça participe aussi un peu à l'énerverment du personnel je pense...Mais on achète la paix sociale avec ça hein – ça va bien au-delà, on va dire des miséreux ».

Les colères des médecins sont rapportées aussi à « l'absence de hiérarchisation dans les demandes », à des « demandes disproportionnées »

Il s'agit en particulier de **toutes les demandes relatives « à la qualité des soins » jugées encore secondaires** (« ils veulent un service presque parfait quoi », « c'est juste pour leur petit confort ») (et même si ces demandes ont en fait des conséquences thérapeutiques ex. en convalescence disposer d'une chambre seule car des voisins ronflent), **selon l'idée que les patients se doivent d'être à la disposition des logiques et des priorités médicales (hiérarchisation des besoins selon la gravité des pathologies).**

À cet égard, les besoins d'informations, d'explications et de discussions sur les soins sont mal vécues, mais aussi parce que finalement également particulièrement « **chronophages** » – alors que la disponibilité des professionnels à l'hôpital est déjà rare (ou tournée vers les professionnels).

« Même en milieu rural, ils sont bien informés ! », « ça veut dire que les patients vont beaucoup plus discuter sur les décisions qu'on va prendre, mais de manière agressive », « la génération au-dessus de moi a peut-être du mal à s'adapter à ça – heu ils trouvent les patients et les familles extrêmement exigeants voir agressifs : très demandeurs en explications, c'est lourd en temps, c'est lourd à digérer en terme de temps (relance) – ça doit dépendre de la façon dont on les prend aussi, heu, par contre c'est vrai qu'il y a une petite frange comme ça, heu qui peuvent être extrêmement agressifs ou extrêmement demandeurs, y'en a pas beaucoup mais ça pourrait la journée, ça pourrait la semaine quand il y en a – il en faut très très très peu pour que ça devienne très très pénible (relance) – une fois de temps en temps, en fait y'en a peu, mais quand y'en a c'est vraiment difficile » (salarié du public).

Les demandes des patients remettraient en cause les savoirs médicaux, placeraient les MS hospitaliers dans la position redoutée des MG (« il faudrait être toujours là disponible »), mais surtout seraient perçus avant tout comme un risque de procès (cercle vicieux de l'anticipation de ce qui fait peur).

« Parce que c'est très lourd en temps, c'est lourd en stress parce que derrière, il faut pas se le cacher, on est soumis au risque d'une mise en cause du médico-légal. C'est une donnée qu'il est indispensable maintenant d'avoir toujours en tête. Heu c'est un stress permanent de se dire non seulement : est-ce que je soigne bien – ça c'est quelque chose que mes prédécesseurs avaient déjà – mais est-ce que je fais passer au patient et à sa famille que je soigne bien ? (sic). Puis encore heu : est-ce que je soigne en fonction des règles de bonnes pratiques édictées par les sociétés savantes et le ministère ? » (salarié du public).

Autrement dit, et pour finir, ce type de ressentis seraient également liés à certains types de positionnement médical

« Le dialogue avec les familles et le patient a progressé, ils sont plus instruits qu'avant, il a moins de déférence artificielle au médecin, et il peut y avoir plus de dialogues beaucoup plus productifs » (médecin libéral).

*« Non, après tout, ce qui est procès, on arrivera à s'en sortir : parce que celui qui fait une erreur, il fait une erreur aussi hein, il faut que les gens prennent leurs responsabilités aussi quoi » (médecin libéral en cours de procès), *« les procès, ce sont des gardes fous, enfin peut-être le seul avantage de la judiciarisation, c'est que les collègues quels que soient leurs statuts – interne, vieux chef de service ou praticien standard – ne peuvent plus se permettre de faire n'importe quoi. Donc ces dérives qui ont existé, qui m'ont un peu agacé à l'époque, ce sont des choses qui ne devraient plus exister, pour peu que les gens aient la tête sur les épaules »* (salarié du public).*

Les médecins travaillant dans le secteur privé (clinique et/ou cabinet), les psychiatres (notions de « *contrat moral* » entre le patient et le médecin, de « *confiance réciproque* » encore peu développé chez les hospitaliers qui n'ont pas d'exercice libéral), mais aussi les nouvelles générations tendent alors à **s'accorder sur la nécessité de davantage parler et partager tant avec les patients qu'avec leurs proches, pour désamorcer les risques de conflits et de procès...**

« Les procès, on ne peut pas les éviter quoi qu'il arrive, de toute façon : s'il doit y avoir un procès parce qu'il y a un truc qui a mal tourné – s'il doit se faire il se fera quoi... Mais par contre, je pense qu'on doit éviter des procès certainement à bien expliquer les choses avant – et c'est fait dans un souci aussi d'un contrat avec la personne qui soit de meilleure qualité – de meilleur esprit » (salarié du public, 37 ans). « Les familles, c'est une pression pour tous les soignants maintenant, c'est une nouvelle pression qui n'existait peut-être pas avant – avant y'avait un non dit par rapport aux diagnostics, le domaine médical était fermé – et ça c'est un excès qu'il faut absolument combattre parce que le fait de parler de la maladie à la famille, au patient ça résout plein de problèmes. Bon c'est un besoin humain d'avoir le nom de maladies, même si ça change pas grand chose (du point de vue du médecin). Par exemple pour une démence de type Alzheimer, parce que le peu de traitements qu'on a c'est pas d'une

efficacité redoutable, et on peut pas faire le diagnostic de certitude (...). Mais heu, c'est une revendication quand même qu'ils ont » (salariée du public, 35 ans).

... à condition de parler « *d'emblée des limites de la médecine* », « *d'amorcer des rencontres avec les familles* », « *de s'expliquer, d'expliquer ce qui va se passer, écouter* » (psychiatres).

« *Ils sont souvent surpris d'avoir une écoute en fin de vie, ils vont pouvoir vider leurs sacs, et c'est ce qui désamorce tout quoi* » » (salariée du public nl, 34 ans), « *on a de très bons retours de familles étonnées qu'on soit là, rien que pour eux, et ça déculpabilise les infirmières qui n'ont pas le temps de les écouter* » (médiatrice, 29 ans, service des urgences publiques).

Les explications auraient cependant des limites, en particulier dans les services d'urgences :

« *C'est vrai que quand on leur propose d'aller plutôt à la maison médicale pour ne pas attendre 4 heures, alors certains acceptent. Mais d'autres pas : 'non je suis là, je veux être vu'. – On a l'impression qu'il y a un défaut de compréhension au départ de ce qu'on peut leur proposer, – que dans la population, y comprennent pas trop comment fonctionnent les urgences et à quoi ça sert : y'a sûrement un défaut d'information grand public : c'est réservé aux urgences graves quand même* ».

À cet égard, les problèmes d'utilisation des maisons médicales résumerait parfaitement des logiques de soins à mieux prendre en compte (annexe 2).

Les effets des rumeurs et de la médicalisation

Les médecins psychiatres, voire les médecins les plus âgés, soulignent d'autres fondements aux procès :

- « L'effet rumeur » qui aggrave les ressentis médicaux

« *Les procès je crois que c'est une évolution de la société globalement, bon on se plaint toujours en médecine parce qu'on a l'impression que la pression est sur nous, mais il faut pas se leurrer, les maires aussi sont poursuivis : actuellement, la société s'oriente vers la recherche d'un coupable ou d'un dédommagement. Oui, c'est vraiment un changement qui a dû démarrer heu y'a 7-8 ans, et qui s'accélère depuis 1 ou 2 ans (constante des discours). Et en plus, dans beaucoup de congrès actuellement la question de la protection – comment s'y prendre pour ne pas être attaqué – ça fait partie de presque chaque intervention ! On en est bientôt à plus parler de comment se protéger que de comment soigner les gens !* ».

- Les limites de la médecine, ou le retournement contre les médecins d'une idéologie salvatrice et omnipotente

« *J'ai l'impression que les gens ont du mal à comprendre que la médecine n'est pas une science exacte, et que c'est fait par des médecins qui sont des gens tout à fait faillibles* » (urgentiste). « *Pour tous les médecins à risque, c'est terrible ça (les procès). Et puis on ne tolère pas qu'il y ait un risque quelconque car la Science nous fait croire qu'on va redevenir*

comme avant, c'est pour ça qu'il y a des procès ! Les gens qui seront pas réparés comme avant nieront l'événement, la maladie » (psychiatre).

« Mais c'est les patients qu'il faut éduquer aussi (rires), les gens qu'il faut éduquer : ils veulent pas mourir quoi, les médecins ne peuvent rien faire contre ça...y'a un problème avec ça. Mais je pense que c'est dans la petite enfance ou je sais pas, y'a un problème. Y'a des personnes âgées qui vous demande si elles vont s'en sortir...ça veut rien dire. Je comprends pas quand on me pose cette question – enfin je comprends pas, je comprends très bien mais – dire que voulez pas mourir c'est une chose mais dire, savoir – je sais pas comment expliquer, vous avez des gens qui refusent complètement le concept même...ça c'est...je sais pas de quoi ça vient, vous devez mieux le savoir que moi (est-ce que c'est pas quelque chose qui baigne la société aussi ?) – oui ça baigne la société, ça s'aggrave aussi peut-être ça. C'est-à-dire, on entend : y'a tant de monde qui meurt tous les jours à la radio, mais soi-même ça peut pas arriver quoi...y'a quelque chose de de un peu surprenant quoi. Et les médecins ils ont marché là-dedans, à fond – ça leur a donné un pouvoir inouï, mais heu maintenant ça se retourne, quoi ça va pas, ça peut pas aller (...). Oui, le médecin devrait le faire aussi hein (s'éduquer) – oui, peut-être encore plus eux parce que – je veux dire, souvent enfin les médecins ils acceptent moins le (bredouille) – quand on fait médecin on lutte aussi contre ça enfin – je sais pas, il doit y avoir des phénomènes de compensation. C'est vrai que qu'on un petit côté comme ça – quand vous avez des médecins malades hein c'est dramatique, ils sont plus anxieux que...la normale quoi – c'est pas une critique, c'est comme ça, moi je suis pareille (je lui parle du cas des infirmières) – oui, c'est-à-dire soit on aggra – enfin soit on minimise, soit on s'inquiète – y'a pas de – y'a aucun juste milieu, je pense qu'on a pas la bonne réaction pour soi-même, c'est clair...(silence) (cardiologue).

- Une idéologie de la réparation renforcée par des discours des pouvoirs publics ?

« Ils ne comprennent pas l'échec, mais il faut leur expliquer, à cause du mouvement, du discours ambiant qui veut qu'il n'y ait plus de problèmes de maladies du tout – plus de malades dans les hôpitaux et plus de morts : tout doit être propre. Non, les exigences soit disant, c'est lié à une évolution générale : on a utilisé la notion de client comme dans un supermarché, mais est-ce la faute du client ou du directeur de supermarché ? Je ne sais pas, là aussi, c'est peut-être un peu plus compliqué ». « On gomme tous les écarts, c'est normal qu'ils se plaignent, qu'ils ne tolèrent plus les écarts et s'en prennent aux gens qui peuvent soit disant faire plier la réalité – on a des solutions à tout : y'a de plus en plus de problèmes de chômage, de sans abris, les malades à réinsérer...On subit beaucoup ça : y'a une solution pour tout, c'est le discours ambiant – bin nous on ne sait pas, c'est pas possible, mais ce sont des paradoxes, une ambiguïté qui est levée par la discussion avec les personnes...pour que les gens fassent le deuil, sinon c'est la folie » (psychiatres).

Les limites de la redistribution des pouvoirs (résumé)

Finalement, tous les informateurs reconnaissent le bien fondé d'avoir mis fin au pouvoir « outrancier » « excessif » « des mandarins »¹²⁹.

¹²⁹ Comme en MG, les enquêtés ont été nombreux à parler finalement des abus dont ils furent victimes comme internes (non-partage du savoir, mais aussi erreurs médicales, machisme).

« La hiérarchie permettait à l'époque à des chefs de services de faire n'importe quoi », « les patrons faisaient vraiment leurs soupes avec les hospitalisations, maintenant c'est plus scientifique quand même, – mais il y a eu vraiment un moment où ils ont eu tout pouvoir quoi, une grève ça les concernait pas, c'était purement administratif, enfin y'avait jamais de remises en question...ça a commencé avec nous, les premières grèves d'internes en 1983, ils étaient sur la tête ». « Un patron de médecine c'est vraiment à part, ça a un pouvoir : y'a pas beaucoup de gens qui ont autant de pouvoir parce qu'ils ont un service, – bien qu'ils ne payent pas leurs infirmières et quiconque – ils ont un pouvoir absolu sans avoir aucun inconvénients heu...Enfin maintenant, ça commence avec les problèmes des économies budgétaires ».

Néanmoins, **la transition entre cette époque de toute puissante et l'époque actuelle, sous tendue par des économies budgétaires, est très mal vécue. En effet, elle ébranlerait :**

- **non seulement des habitudes d'autonomie du travail médical centré sur les soins** (réelle usure des anciennes générations confrontées plus douloureusement à l'augmentation des normes administratives),
- **mais des traditions plus que centenaires de collaboration exclusivement médicale** (difficultés des salariés du public à entendre les voix de patients et de proches, ayant accès aux informations médicales via la presse et Internet¹³⁰),
- **voire laminerait des projections d'élévation sociales** toujours importantes dans les motivations professionnelles,
- **aux dires des informateurs, on assisterait à une lamination trop brutale du pouvoir médical.**

« Les mandarins faisaient des choses aberrantes ou destinées simplement à leur narcissisme plutôt qu'à l'intérêt général des patients en particuliers (...). Autant ce pouvoir était certes horrible, autant le pouvoir actuel de l'administration est tout aussi désagréable, voire plus : sans aucun objectif médical...Ce qui n'était pas le cas des pires des mandarins malgré tout » (psychiatre). Dans un contexte d'incertitudes professionnelles et d'augmentation des charges de travail, ces changements imposés dans le travail ne sont ni admis, ni compris.

Même constat à propos des patients : « bon énormément énormément de choses ont changé : je dirais que les patients sont de plus en plus conscients de leurs droits – ce qui est une bonne chose, par contre ils oublient un peu leurs devoirs ». Comme les infirmières hospitalières, les praticiens subiraient malgré eux des changements dans leurs relations avec les patients et leurs proches, particulièrement mal vécus chez les médecins qui ne parviennent déjà plus à gérer leur temps de travail et à maîtriser l'afflux de patients (risques d'un glissement vers la médecine générale). Les difficultés à envisager et à comprendre l'origine des demandes et/ou des besoins des patients – par ailleurs très divers – se muant alors en jugements négatifs chez les professionnels n'ayant pas une culture du « contrat ».

Dans ces conditions, les risques même encore minimes de procès ou de remplacements par des professionnels moins rémunérés focalisent toutes leurs peurs et sentiments d'injustices, chez des praticiens se positionnant souvent uniquement comme des victimes d'un système de santé et/ou de mouvements sociétaux devenus aberrants.

¹³⁰ L'autonomie des patients étant sur le terrain loin d'être évidente, même si leurs itinéraires thérapeutiques échappent en grande partie à chaque médecin.

« On est soumis à un double message contradictoire : faire des économies de santé, et en même temps ne pas sacrifier la santé des gens... C'est notre image qui est en jeu, hein, c'est nous qui sommes responsables. Derrière il y a la notion d'erreurs médicales démultipliées, la pression des politiques et du monde judiciaire (...). C'est vrai que les procès sont en nombre faibles mais ça fait très peur, enfin même si c'est des rumeurs vraies ou pas, ça fait peur ».

Les ressentis de pertes de pouvoir risqueraient alors d'amplifier des phénomènes récurrents (centres d'intérêt tourné sur soi, développés chapitre 3.). Hormis les psychiatres, les enquêtés tendent à oublier de parler d'une crise qui touche également des patients. Et ils nous ont parlé davantage de la violence visible perçue dans les relations soignants/soignés (ex. agressions) que de violences plus souterraines, qui sont aussi à la base de comportements de soignés (isolement social, pertes des savoirs relatifs aux soins, violence conjugale, incestes¹³¹). Outre les carences des formations initiales, se joueraient des décalages sociaux dont les informateurs semblent avoir encore peu conscience, – tout comme ils ne semblent pas avoir conscience de leur statut encore relativement privilégié (ne serait-ce que par rapport aux paramédicaux), sauf exception¹³².

Suite à leurs études – souvent critiquées pour leurs longueurs, et/ou faible rémunérations –, une partie des enquêtés serait alors peut-être également dans des logiques de rattrapage social ; d'où l'importance des niveaux de salaires et/ou des notions de qualité de vie, contreparties – voire dû de la société – à leurs jeunes années de sacrifices.

3. Discours et pratiques paradoxales

Au détour d'une phrase, en informel, les enquêtés dévoilent souvent malgré eux des logiques communes au travail, en décalage avec des discours tenus précédemment, et centrées sur le développement individuel d'activités spécialisées et/ou de chefferies, à la source d'opinions très diverses concernant par exemple les effets des 35 heures.

L'analyse des discours des enquêtés confirme ainsi de la persistance d'une idéologie libérale (choix des lieux d'exercice, des types d'organisation du travail et des pathologies), approfondie par l'absence de perceptions globales du système de santé.

Le choix du lieu d'habitation reste essentiel, même s'il participe à l'amplification de déséquilibres régionaux. De même, la délimitation de son activité par rapport à ses confrères locaux et en fonction de ses centres d'intérêts serait centrale. Elle placerait parfois en second plan les besoins de santé et nécessités de réduction des coûts de la santé. Mais surtout, les enquêtés tendent à ne signaler des déficiences du système de santé, voire des abus de confrères que lorsqu'ils entravent leurs propres spécialisations. Et plus généralement, **les ressentis des problèmes au travail seraient fonctions des intérêts de développement de chacun**. Enfin, au-delà du devoir de soigner au mieux et de rassurer les patients (engendrant des coûts à court terme mais pas forcément à long terme), des logiques profanes participeraient tant à des surcharges de travail qu'à des surcoûts médicaux (captation de clientèle, angoisses personnelles¹³³).

¹³¹ Comme en MG.

¹³² Médecin d'origine modeste, ayant un conjoint infirmier, appartenant à la jeune génération.

¹³³ Logiques également étudiées chez les MG, où elles apparaissent plus clairement encore (limitation du savoir, dépendance financière à la clientèle locale).

Il semble alors important de regarder de plus près les discours contradictoires sur le temps de travail et sur les patients, instruments des spécialisations, mais aussi révélateurs de paradoxes confirmant les hypothèses des chapitres 1 et 2. Paradoxe des paradoxes de cette post-enquête : hormis quelques exceptions majeures (urgences, psychiatrie), quand nous avons demandé des précisions sur chaque situation locale en terme de pénuries de moyens, de médecins et/ou de personnel, les enquêtés ont nuancé fortement leurs propres difficultés. « *C'est pas un problème majeur* », « *avoir un autre poste, si l'activité augmente, je serai content, c'est tout* », « *ici, ça va, on est pas mal loti* », « *moi personnellement, je suis assez privilégiée, tant à l'hôpital (public) qu'en maison de retraite (privée)* », « *non, c'est - au point de vue relation humaine ça se passe bien - c'est la taille de l'établissement qui fait que tout le monde est sur les dents quand ça déborde, et ça déborde souvent* ».

Les témoignages confirment alors également l'importance des phénomènes de rumeurs et d'anticipation entre médecins (manque à venir de futurs médecins, risques de procès).

« *Bin chez nous c'est pas le cas, on n'a pas de pénurie tout ça, mais à l'hôpital ça doit l'être, vu ce qu'on entend...ou dans certains cabinets maintenant* », « *on dit qu'il y a moins de médecins - vous pouvez pas trouver pour vous faire remplacer en ville maintenant, ni pour vous associer - . Encore en ville ça va, beaucoup de gens veulent rester en ville, mais si vous voulez vous associer à la campagne, c'est mission impossible il paraît* ».

3.1 L'ambiguïté des surcharges de travail

La pénurie ou la désaffection médicale ?

La question relative au devenir des jeunes générations fait ainsi entrevoir d'autres explications à « la crise médicale ».

Autre temps, autres intérêts ?

Le corps médical est traversé par des changements qui touchent l'ensemble des professions.

« *Les vieux médecins que j'ai connus, ils ont beaucoup travaillé, c'était toute leur vie quoi, et maintenant ça a changé. Les nouvelles générations ? - ma fille est en médecine -, probablement, comme tout le monde dans la société, elle voudrait une bonne qualité de vie : travailler peu, pas gagner forcément d'argent car maintenant en médecine on gagne pas tellement d'argent -, et je crois qu'ils vont privilégier la qualité de vie* ». « *C'est étonnant : les jeunes générations de médecins - on en parle souvent avec les jeunes qui viennent ici - ont fait le choix d'une qualité de vie, et ne mettent pas en priorité l'intérêt du travail. Le travail n'est qu'un élément de réussite. Alors que pour nous - peut-être qu'on a eu tort aussi - le travail était prioritaire. Alors là, on est pris en ciseau* ». « *Comment nous on tient ? L'impression de servir encore à quelque chose, c'est ce qu'ont plus justement les jeunes qui arrivent, hein* ». « *J'ai quand même peur qu'on se désintéresse des patients, si on se détache trop de ses patients, ça n'ira pas non plus, quoi. Donc il faut qu'il y ait quand même un peu d'affectif, pas que ça devienne purement un boulot, on n'est pas des machines quoi. C'est vrai qu'il y a un certain glissement. Les anciennes générations se sont peut-être trop sacrifiées, maintenant on risque de basculer complètement de l'autre côté* ». « *Mais le pire c'est qu'ils*

puissent accepter sans broncher la moindre qualité des soins qu'ils peuvent donner aux patients... Alors il ne faut plus faire ce métier ! ».

« On est résigné sur la qualité d'exercice dans les années à venir – il y a les effectifs médicaux qui vont chuter, et on se dit que même s'il y a une volonté miraculeuse de nous ouvrir des postes, de toute façon ils pourront pas être pourvus alors heu c'est assez désespérant ».

La question des postes non pourvus : les constantes des choix d'installations

En effet, les choix d'installation toujours au mieux resteraient finalement peu critiqués (logique de liberté), **même s'il participe à l'amplification des déséquilibres régionaux, et donc à créer des surcharges de travail pour ceux qui restent.** *« Comme y'a plus de médecins, ceux qui restent sont confrontés à des choix ! Donc, a priori, ils vont éviter les choses les plus difficiles, c'est normal non ? ».* **Seuls deux médecins ayant abordé les limites de ces logiques :**

« C'est vrai que le poste n'est pas pourvu, personne ne veut venir, ils ont leurs maisons à Paris, ils ne veulent pas de logements de fonction ». « C'est sûr qu'il faudrait répartir mieux les médecins, enfin c'est un peu difficile, c'est un cadre quand même assez libéral en France, donc les médecins s'installent forcément dans les villes et pas dans les milieux qui sont moins hospitaliers » (dans les 2 sens du terme). *« Il faudrait les obliger, comme les pharmaciens, pour fixer des médecins là où il en manque. Je sais qu'aucun ministre ne prendra, mais on y arrivera quand même (rires) ».*

Car toutes générations confondues, le choix d'installation resterait lié à la recherche :

- **De régions « attractives » en vue de spécialisation (logique au fondement de l'identité médicale).**

« Ici on a un atout sur l'hôpital : on est une région attractive, c'est-à-dire qu'on n'est pas un très grand hôpital – ce qui est plutôt embêtant, moins attractif qu'un CHU. Par contre, c'est une région de bord de mer qui est très agréable, avec un hôpital qui est quand même bien équipé relativement...donc on n'a pas beaucoup de postes manquants ».

- **De possibilité d'activités mixtes, de salaires attractifs**

« Il y a aussi les types de contrats qui rentrent en ligne de compte : ici, on a des horaires gâchettes, c'est-à-dire dire qu'on change nos horaires d'une semaine à l'autre, alors qu'avec un temps partiel, théoriquement on peut aller compléter notre travail ailleurs » (salariée du public nl). *« C'est pareil : y'a de moins en moins d'anesthésistes parce qu'ils travaillent beaucoup et ils ne gagnent pas assez – s'ils gagnaient beaucoup bin y'en aurait plus »* (libéral). *« C'est vrai qu'un autre médecin à temps plein va partir aussi pour un autre poste plus intéressant, au SAMU, parce qu'il sera mieux payé quoi : 1 000 francs de plus par mois pour à peu près le même temps de travail. Donc y'a pas photo, pour un jeune assistant qui débute, c'est plus attractif quoi. En fait, c'est lié au statut du public parce qu'ils ont revalorisé les gardes, mais ici ça peut pas s'appliquer. Alors on est en train de réfléchir avec*

la direction parce que ça va poser un problème quoi : le public a essayé d'attirer les médecins comme ça, donc du coup y'a du retard pour les systèmes un peu privés ». « Oui, on a un problème de fuite de médecins en plus, du fait de notre convention : on ne peut pas appliquer les revalorisations salariales qui ont été données au public » (médecins privé nl). « Bon là on manque cruellement de rhumato, on en avait deux bons – et y'en a un qui est parti à Montpellier, et l'autre à Toulon – c'est plus attractif » (salarié du public).

- **D'un habitat de proximité avec des services hospitaliers (si possible CHU) reliés à la possibilité d'avoir peu de gardes.** Ces dernières étant finalement bel et bien des clés générales aux conflits hôpital/ville, MS et MG de ville : se déranger la nuit ou pas étant aussi un témoin de l'autonomie et donc du pouvoir de chaque médecin/autres.

« Il faut dire que c'est tous les métiers de gardes qui sont désaffectés : l'obstétrique, la chirurgie, les urgentistes – c'est surtout ça le problème ». « En plus la profession s'est féminisée, donc les femmes veulent plus (davantage) de temps partiels, elles ont des enfants à s'occuper, elles veulent quand même un métier un peu plus reposant », « le problème des gardes 24h/24, ça bloque au niveau des enfants ».

- **Mais surtout d'une qualité de vie, liée aux services urbains**

« Ce qui rebute un peu aussi c'est d'habiter à la campagne, alors qu'il y a plein de médecins qui habitent en ville, ils n'ont pas du tout envie de s'enterrer ici », « les jeunes médecins ne veulent pas s'installer en zone rurale, les épouses et conjoints : c'est une génération qui est urbaine, qui a toujours vécu en ville, qui ne peut pas concevoir sa vie sans ce qu'offre la ville, donc là on est confronté à une grave crise, c'est certain ». « Est-ce que vous voudriez exercer là y'a plus d'épicerie, plus de bureau de poste ? – rien à voir avec ce que vivait le médecin de campagne des années 20, ils n'étaient pas des nomades du désert, ils faisaient partie d'une société qui n'existe plus »...

Dans ces conditions, les obligations d'installations semblent limitées par des choix de vie touchant également d'autres professions, et renvoyant aux problèmes des politiques d'aménagement du territoire.

L'augmentation de la charge de travail ou le fait « de se charger soi même en terme d'emploi du temps » ?

Les surcroûts de travail ne seraient pas tous imposés. Ainsi, si les enquêtés ont exprimé des souffrances à refuser des patients (devoir de soins, éthique), **il existe également d'autres logiques** de réponses « coûte que coûte » à la demande de soins : **développement commercial, mais aussi incapacités à dire non, à lever le pied, peurs de perdre des clients au bénéfice de concurrents et développement de spécialisations.**

Ces logiques sont surtout exprimées en cabinet

« J'ai explosé la clientèle de mon prédécesseur, alors on a été obligé de s'associer, ce qui permet quand même d'aménager le temps de travail et de laisser des créneaux de libre. Enfin moi, j'ai voulu cette organisation du travail parce qu'en temps que pratique libérale, plus on travaille plus on gagne de l'argent, – enfin on devrait parce qu'avec les cotisations

sociales ». « On s'arrange pour les congés, on préfère ne pas fermer le cabinet, finalement partir jamais en même temps, – mais pas (durant) une période trop longue hein. Parce que c'est plus chargé pour celui qui reste, et pour mon associé là par exemple, on a déjà rajouté des rendez-vous quand même, on est obligé d'intercaler (gastro-entérologues). « Moi je trouve que c'est effrayant le nombre d'heures que je travaille, c'est pas normal. Et je me fais violence pour réduire¹³⁴ (rires). – C'est vrai hein, si je veux avoir du temps pour moi, pour ma famille. Je bloque – ça veut dire qu'il a plein de gens qui vont me téléphoner, et donc demain il va y avoir un report, c'est pas normal ça » (psychiatre).

Mais on observe aussi des surplus de travail en institution, liés à une valorisation du travail, c'est-à-dire à des habitudes de dépassement de la fatigue et d'hyper activité acquises comme internes (« c'était valorisant d'être toujours sur le pont », « on accumulait les heures parce qu'on a une telle soif de connaissances ») et/ou à des difficultés à arrêter un travail finalement source de fortes compensations identitaires (se sentir utile, voire indispensable¹³⁵).

« Sinon par rapport au métier, le principal problème, c'est celui des horaires quoi : vous pouvez jamais – c'est assez difficile d'être sûr que vous allez sortir de bonne heure. – Bon si vous avez vraiment un rendez, vous pouvez l'organiser, bon, on n'est pas tout seul, donc on dit : 'à 5 heures, je pars quoi qu'il arrive'. Mais ça peut arriver que vous partiez à 5 heures dans une situation épouvantable – heu vous laissez en plan quelque chose que vous allez laisser à quelqu'un d'autre – enfin des choses qu'on fait pas. Donc à 8h30 vous êtes toujours là quoi... Bin y'a du travail quoi – Enfin y'a pas mal de travail, et le jour où vous voulez partir à 7 heures, c'est ce jour-là que vous avez un appel pour une entrée, et comme vous n'avez pas d'interne et tout ça, c'est vous qui avez eu l'appel, bin vous restez quoi... la disponibilité, ça peut peser un peu quoi, ça c'est inhérent au travail quoi (...). Et puis après on a l'habitude – enfin on a l'habitude !... On peut pas faire autrement de toute façon. Les généralistes ça doit être pire – c'est-à-dire qu'après, vous êtes un peu comme un drogué de – un peu un drogué du travail – Alors les hommes, ils s'engouffrent plus facilement là-dedans que les femmes... Mais moi, j'ai remarqué une chose, dès fois quand on finit très tard, ça m'arrive avec un collègue – on s'est dépêché jusqu'à 8h30, et puis quand on voit (on se dit) : 'pis de toute façon, c'est cuit' ! Alors là, on commence à être relax ! Et heu, à la limite on va rentrer à 10 heures, on en n'a plus rien à faire quoi. C'est une espèce de : après on est dans le truc quoi... dans l'excitation du truc heu ». « La médecine partout, ça devient une drogue, on n'arrive plus à s'arrêter, on revient plus vite de congés, c'est comme ça, tous les bons médecins vous le diront ».

Le développement de sous spécialisations étant aussi des charges supplémentaires de travail non imposées

« Moi j'ai une particularité, c'est qu'en consultation je fais de l'allergologie, qui n'est pas véritablement vraiment quelque chose de très hospitalier, – l'allergologie se traite surtout en consultations de ville –, mais traditionnellement les pneumologues sont souvent allergologues parce qu'il y a beaucoup de pathologies croisées type asthme (relance sur l'absence d'autres médecins dans cette spécialisation ?). Heu, non c'est pas ça, le fait que je sois le seul allergologue hospitalier ça me permet aussi, (bredouille) au terme du service de santé

¹³⁴ Leitmotiv des autres libéraux rencontrés, en particulier les MG et les kinésithérapeutes.

¹³⁵ Idem en MG.

publique (de son hôpital), c'est important – parce qu'autrement les gens vont sur N. ou A., – parce que notre service réfèrent c'est A., donc c'est un peu loin tout de même. Et puis, donc y'a plein de choses qu'on peut pas réaliser en ville – Bon y'a d'autres pneumo-allergologues sur S. (ville où le médecin exerce) – mais y'a besoin d'environnement d'hospitaliers avec une réanimation (...). Alors c'est pas du tout la majorité de mon activité, c'est peut-être une surcharge de travail puisque je suis le seul à la faire, donc forcément ça vient vers moi – mais je l'ai voulu, enfin choisi » (salarié du public).

La charge de travail que chaque médecin s'imposerait étant finalement fonction des valeurs professionnelles propres à chaque médecin et un choix de vie.

« Ce qu'il faut bien comprendre, c'est qu'il y a ceux qui se sentent mal quand on opère pas, qui veulent continuer à travailler pour se former encore et qui ont un devoir par rapport à l'activité du service. Après, ceux qui viennent sans s'investir dans la vie du service avec l'idée de travailler le moins possible et de gagner le plus possible... et un entre deux : on n'est pas corvéable à merci, mais qui ne sont pas focalisés sur une logique de loisirs ».

D'où des réactions très différentes aux 35 heures, et des organisations très diverses des jours de consultations, repos, évoluant au fil de la carrière de chaque médecin.

« Je pourrai travailler plus, mais c'est un choix de vie, c'est une histoire personnelle, mon père est mort à 53 ans donc il avait bossé toute sa vie et il s'était pas occupé de nous¹³⁶ », « je me suis bloqué le jeudi, pour pouvoir lire, me cultiver, appeler des amis » (libéraux).

« Mon collègue qui était chirurgien parti en préretraite, on avait quand même des journées extrêmement longues, et lui il était adorable : c'est-à-dire que si on l'appelait à 8 heures du soir, même s'il n'était pas de service, il travaillait, il rentrait chez lui à minuit, il était mi-mort – Mais heu donc, il n'avait pas pris assez de vacances, il le regrettait – donc il est parti, c'est étrange quand même, c'est assez peu courant, enfin, on en parlait justement (...). La médecine me plaît toujours, pour l'instant...pour l'instant ça m'occupe bien, bien, enfin beaucoup, enfin ça me prend beaucoup du temps...ça fait partie des questions que je me pose : l'avenir, la quantité d'heures, de semaines par an que je consacre à ce métier – enfin toutes les questions du temps, du temps qu'il reste à vivre (rire nerveux) – de gestion du temps libre, voilà » (médecin salarié public)¹³⁷.

« En vieillissant, je trouve qu'on supporte moins la surcharge de travail, vraiment – moi je travaillais beaucoup plus avant, j'étais moins bien organisée, ça c'est sûr – on s'organise de mieux en mieux –, mais je travaillais plus – Enfin plus longtemps, pas forcément mieux par contre hein – Peut-être qu'on était mal organisé (relance sur les heures). Bin ça m'arrivait au mois de juillet de partir à 10h30 du soir hein – ça m'arrive plus ça – je suis mieux organisée, je sais pas – la façon dont on travaille a dû changer heu – c'est étonnant...Je pourrais plus supporter (relance/temps libre) – Oui le risque c'est de s'épuiser soi-même – Par exemple, si je vois qu'il y a des choses qui se rajoutent, maintenant ça me – j'ai l'impression d'être épuisée quoi, ça me – je veux dire... 10 h ! – Et puis ça arrive hein, qu'on soit encore là à 9h-

¹³⁶ Regret des enquêtés masculins en particulier, comme en MG : d'avoir tant travaillé, surtout dans la perspective de devoir encore tant travailler (sacrifice sans bénéfice).

¹³⁷ Témoignages identiques chez d'autres hospitaliers soignants (infirmières, aides-soignantes, agents) en fin de carrière.

9h30, c'est fatigant ça quand même. C'est-à-dire que vous n'avez plus de vie à vous après... » (clinique).

Les 35 heures, amplifiant des disparités (selon les spécialités et public/privé), mais entravant aussi les désirs de spécialisation

Outre des sentiments d'injustice liés à l'impossibilité de solder des jours de RTT dans les services manquant déjà de personnels, « *c'est quand même paradoxal, dans une civilisation où l'on parle de diminuer le temps de travail, les médecins l'augmentent* ».

Le fait de ne pas pouvoir appliquer les 35 heures aux urgences par exemple est alors considéré comme l'une des causes majeures de la démotivation médicale, voire de la désaffection médicale.

« *Le coup des 35 heures, c'est terrible, parce qu'y compris les gens en formation actuellement dans les hôpitaux – puisque c'est là qu'on passe tous – c'est terrible parce qu'ils voient du personnel qui tourne à 35 heures, alors que les médecins tournent à 70 voir à 80 heures, et n'arrivent pas à prendre leurs RTT et leurs machins... Donc les jeunes, ils font vite la part des bons et de mauvais côtés hein (...). Finalement, ils travaillent 10 fois plus que le reste du personnel, pour avoir une paie du double, et surtout beaucoup de risques. 18 000 balles par mois, et si en plus ils risquent d'aller en prison, à quoi bon ?* » (urgences, libéral travaillant dans le privé et le public).

Et inversement :

« *La réforme des 35 heures a fait couler beaucoup d'encre, mais au niveau des médecins hospitaliers, ça s'est traduit par des disponibilités supplémentaires en terme de jours de congés : on est passé d'un petit déficit, parce que ça manquait vraiment les jours de vacances, à heu – enfin y'aurait eu 10 jours ça aurait raisonnable quoi, heu 20 jours c'est presque trop mais il faut pas le dire –, c'est très très positif, c'est à la limite un argument pour rester médecin hospitalier : le fait d'avoir un peu plus de disponibilités pour se ressourcer, prendre l'air, pour rester vigilant, compétent* » (gastro-entérologie, salarié du public).

Et inversement, les 35 heures se feraient au dépend de la « qualité du travail »

« *Les effectifs ont fondu à la fois pour des problèmes budgétaires et des problèmes de temps de récupération de temps de travail (...), ça agite beaucoup les hôpitaux, mais les vacances, les congés, les RTT, les congés de formation, bin tout cela mis bout à bout ça fait que grosso modo, on est rarement 3 mais 2 dans le service, ce qui devient un peu difficile, ce qui fait que nos RTT on les prend pas – enfin, depuis 2 ans que c'est mis en place, on est à peu près à 50 % de pris. Et moi, je pense que ça a diminué notre qualité de vie au travail : on est un peu moins présent sur place, et que c'est plus intense (relance). Je pense que c'est positif pour nos familles, mais négatif pour les soignants et les patients : quand je reviens, bin je fais une partie du travail de la personne qui me remplace... ».*

Et elles seraient plus particulièrement une entrave aux logiques de développement de chefferies et de spécialisations (obligation de déléguer son pouvoir et ses responsabilités).

« À deux, il est souvent difficile de créer une nouvelle activité, et comme on est en surchauffe déjà sur l'activité actuelle, avec des difficultés de planning, – là on est un peu dans l'urgence tout le temps, alors qu'on aurait la volonté d'en faire plus, parce qu'on voit bien qu'on fait pas bien un certain nombre de choses ». « Nous on a un manque chronique de médecins et c'est quelque chose qui a été amplifié par les RTT – et encore ici à B. les repos de sécurité, ils nous forcent à l'appliquer, donc on l'applique, mais ailleurs c'est pas le cas – mais on a supprimé une équipe. Bon, nous, vu notre volume d'activité, on pense qu'un seul médecin c'est dangereux, c'est pas possible ou alors au prix d'une prise de risque considérable. À savoir que tout ne pourra pas être régulé hein, certains appels vont heu être mis en attente délibérément, mais tout ne pourra pas être décroché puisque ça n'arrête pas (...) les RTT, les repos de sécurité, c'est bien pour le praticien sauf que ça complique un peu la vie au quotidien d'un service : à savoir que certaines décisions, comme le praticien ne vient pas tout le temps, ne sont pas suivies et appliquées. C'est un bien en terme de loisir, je suppose que à la base c'était ça, – probablement un bien en terme de sécurité pour le patient, parce que travailler au lendemain d'une garde de nuit c'était peut-être pas toujours l'idéal – heu donc par contre, en terme de vie de service, de suivi d'un service, c'est pas génial, ça restreint, heu – en sachant que c'est peut-être parce qu'on est en manque de médecins que c'est pas génial » (médecin en devenir de promotion).

De même, les 35 heures sont critiquées lorsqu'elles obligent par exemple à remplacer son collègue en repos dans un autre lieu que celui de son travail de base, c'est-à-dire à se décentrer de ce que l'on considère comme sa vraie place (ses centres d'intérêts professionnels).

3.2 Les limites des critiques

Priorité donnée au développement d'intérêts professionnels individuels

« Autant je suis stressé par les problèmes d'organisation du travail parce que je ne fais pas ce que je veux, autant ça (les problèmes de fin de vie), ça fait partie du travail ».

Les médecins auraient donc des logiques de travail visant finalement à développer leurs propres activités, et à faire reconnaître une expertise, une spécialisation. D'où des discours a priori paradoxaux (qui reflètent ce qui est fondamental dans les ressentis au travail : les tâches imposées/les tâches choisies), des regrets de ne pas davantage travailler chez des enquêtés qui se disent pourtant « surbookés » et/ou des activités vantées dans les discours et en fait délaissées (car prenant trop de temps par rapport aux propres centres d'intérêts du praticien).

Ainsi les mêmes enquêtés ayant regretté les manques de moyens pour développer en particulier des soins en matière de prévention (ex. intérêts pour les enfants des entretiens de couples avant les divorces, des consultations préventives aux chutes ou aux problèmes de vue

des personnes âgées pour éviter des hospitalisations à répétitions, des approches globales¹³⁸ etc.), délaissent en fait ces activités « *chronophages* », les décentrant de leurs centres d'intérêts¹³⁹.

Selon les mêmes logiques, les enquêtés ne signalent le manque de collaborateurs (ex. anesthésistes), mais aussi d'auxiliaires (infirmières, secrétaires) que quand ils sont directement touchés dans leur propre activité : fermeture de services, suppression de postes administratifs¹⁴⁰, inquiétudes face aux difficultés de recrutements infirmiers et aides-soignants¹⁴¹.

Ils tendent aussi à critiquer les politiques des pouvoirs publics lorsqu'elles empêchent localement leurs propres développements :

Ex. « *Ici, les gens disent : 'c'est pas cher chez vous, vous êtes moins bon, il faut réformer ce système absurde'* ». « *La CMU, ça a été quand même une bonne chose : y'a des patients qui changent de médecins qui sont en secteur II : 'il est trop cher, je peux pas', donc moi je n'ai pas de problèmes et mes patients qui ne sont pas à la Sécurité sociale non plus. Bon là en l'occurrence le système est bien fait* » (libéraux travaillant en cabinet secteur 1).

Ou le développement de (sous) spécialisations (officielles ou officieuses)

Ex. « *Par exemple ? Le sevrage en tabacologie, très à la mode, heu projet priorité de santé publique : on a reçu des tonnes de documents, avec une pression médiatique et une pression médicale ministérielle très forte. Mais aucun moyens pour le faire : ici on a des gens qui se sont formés, l'hôpital est d'accord pour le mettre sur ses projets prioritaires, enfin de le faire rentrer dans le projet d'établissement – Donc un engagement fort, et en fait y'a aucun crédit, pour l'instant tout a été gelé ! En plus, ça aurait été un plus pour nous avec notre image santé publique (...). Bon tout n'est pas négatif, par exemple pour la prise en charge des cancers* » (salarié du public).

« *Les patients qui arrivent ici, qui tombent tout le temps et qui voient mal – qui ont une mauvaise vue parce qu'elle a baissé suite à leur hospitalisation ou à une anesthésie –, on peut pas faire venir un ophtalmo car on a une impossibilité financière à faire venir des libéraux. Donc, il faut attendre la sortie en lien avec le médecin traitant – et même ça, c'est pas évident de trouver des rendez-vous, ça prend du temps) – Alors que dès fois c'est en rapport avec la pathologie qui les a amenés...Bon c'est les malades des médecins traitants, mais, nous ici on a plus le temps, on peut mieux faire les choses...En plus nous, on a aussi une impossibilité financière à payer certains traitements (à cause du prix de journée très bas et parce qu'on n'a pas d'enveloppe particulière globale, alors qu'on le demande depuis longtemps), et on peut pas faire venir certains patients à cause du coût de médicaments, comme les dialysés. Donc c'est aberrant, on refuse des gens, et on règle les urgences, le vital* » (nl).

¹³⁸ Ex. « *C'est mieux de tout faire pour le patient – si on fait pas tout, si vous faites pas vous-même votre électrocardiogramme – bon dans le service, c'est pas nous qui les faisons car ça serait une perte de temps, mais* ».

¹³⁹ Même logique en MG (ex. prévention alimentaire/obésité, techniques douces).

¹⁴⁰ Ex. « *La clinique est en difficulté financière, donc il faut qu'on se débrouille : soit on embauche donc on augmente nos frais, soit on tape nos comptes rendus donc ça augmente notre travail* ».

¹⁴¹ Deux enquêtées travaillant en privé à but lucratif et non lucratif ont signalé de nouvelles « exigences » de paramédicaux qui ont le choix et « marchandent ».

Ces logiques sont à la source de critiques entre médecins (désirs de tri de sa clientèle et développement de ses compétences)

Brisant le fameux esprit de corps médical, les critiques entre médecins resurgissent quand les partages de l'activité se font au dépend du développement de leur propre expertise. D'où des accusations de médecins urgentistes/maisons médicales et/ou libéraux¹⁴², mais aussi de tous les médecins entre eux, voire la résurgence de représentations négatives public/privé quand ils tendent à faire des hospitaliers des médecins de première ligne : « *nous on est SAU, donc on doit soigner tous les gens, donc toutes les pathologies et y'a pas de sélections quoi : c'est pas comme dans une clinique privée qui peut se permettre de sélectionner en disant : 'non, nous on traite que d'une pathologie, nous on accepte tout (...)* » (salarié privé nl). « *Moi qui aie parfois des malades non chirurgicaux, que j'aimerais bien hospitaliser, je ne peux pas les mettre à l'hôpital parce qu'on arrive pas à s'entendre, parce qu'il y a cette concurrence. Donc tant qu'elle existera, la liaison qu'on fera entre le public et le privé sera purement ponctuelle et dépendra de critères très locaux – tant que ces phénomènes locaux existeront, on aura beau dire qu'il faut une coopération, rien ne sera jamais résolu* » (clinique).

Les critiques des abus de confrères étant alors un révélateur d'intérêts professionnels individuels qui sembleraient primer sur les autres logiques (économies de santé, besoins des patients).

Ex. « *Les chimio, ça coûte la peau des fesses, pour faire gagner 1 ou 2 mois aux patients. On ferait mieux de mettre cet argent-là dans la prévention, que dans le traitement de cas dépassés, parce qu'on fait des chimio de plus en plus lourdes. Bon c'est vrai qu'il y a des résultats, c'est vrai qu'il y a des patients qui répondent, c'est vrai qu'on fait gagner un peu de temps de survie, mais à quel prix. À quel prix financier et puis ça a des côtés très agressifs¹⁴³ pour les patients aussi (ton bas) et les conjoints !* ». Mais ce témoignage est celui d'un médecin libéral avouant tout aussi bien faire « *des examens complémentaires inutiles* » à la fois « *pour rassurer les patients...ça fait partie du traitement* » (logique thérapeutique) mais aussi pour se couvrir en cas de pépin, tout en cherchant à augmenter le nombre de ses endoscopies (sans alors se demander fondamentalement si elles sont utiles, efficaces et coûteuses).

« *La semaine dernière encore on n'a pas pu admettre dans la clinique une personne qui avait une hémorragie digestive parce qu'il n'y avait pas assez de places, parce qu'il avait un service qui était fermé – parce que sur un plan purement économique, y'avait pas assez d'argent pour payer une infirmière. Donc la pression économique, c'est quand même très embêtant : donc on a envoyé le patient à l'hôpital, – mais bon heu, il sera moins bien soigné certainement que je si l'avais pris en charge* » (clinique).

« *Ici les anesthésistes, ponctuellement on a la qualité : ils se décarcassent, enfin ils font le maximum pour endormir, ils jouent le jeu, ils laissent faire une infirmière anesthésiste quand ça se passe bien : ils font le mieux possible pour que ça marche* » (répondre à nos besoins) (salarié du public). « *Nos anesthésistes ils gagnent pas assez, donc ils essayent de nous limiter nos créneaux d'anesthésies, donc là y'a un conflit* » (clinique).

¹⁴² Les MG étant toujours les plus critiqués (ex. MG qui adressent trop aux urgences, ne veulent pas faire de gardes, plus de domiciles et sont peu investis dans le centre 15).

¹⁴³ Constat également d'infirmières libérales.

Ultime conséquence, des directions qui doivent « composer » avec les aspirations de chaque médecin. Ainsi, les changements de direction hospitalière suscitent toujours l'espoir de développer au sein des établissements sa propre spécialisation (avec des enjeux parfois considérables de captation de clientèle), et font donc ressurgir des conflits entre médecins (« *les grandes manœuvres pour tirer la couverture à soi* »). Le « *bien des patients* » ou autres arguments « rationnels » (santé publique, économie, prévention...) ne sont alors que des arguments pour le développement de telle ou telle activité. Et les conflits avec les directions démultipliés lorsque ces dernières ne s'inscrivent pas dans les logiques de spécialisation souhaitées, et/ou prennent des initiatives dans les soins (ex. obligation d'ouvrir des lits d'urgences, hospitalisation de patient le week-end dans les hôpitaux locaux ou les maisons de retraites, limitation des visites « *abusives* » en foyer logement).

La participation des médecins aux surcoûts médicaux ?

Les enquêtés sembleraient plus sensibles à ce qui entrave leur développement local, leur spécialisation qu'aux problèmes de santé et de surcoûts financiers. Mais dans quelle mesure, dès lors, ne seraient-ils pas créateurs de besoins ? Et la crise n'ouvre-t-elle pas la porte à tous les abus ? (logiques de rattrapage économique, violences sur patients etc.).

« *Bon moi je suis solide, je peux affronter les gens. Mais les chirurgiens ils ont des difficultés économiques aussi, donc heu...Dès fois leurs indications sont pas si justifiées que je le voudrais, enfin. Donc y'a aussi des conflits avec les chirurgiens, donc voilà, le milieu de la santé...c'est comme ça* » (libéral). « *C'est que...c'est pas que dans les hôpitaux psychiatriques, nous on a des pratiques de sédation de patients faute de personnel* (masculin) » (salariée public nl).

Des médecins non responsables

Si quelques enquêtés ont spontanément réfléchi sur les causes et les conséquences d'une médicalisation acquise de la société (« *c'est passé dans les habitudes d'aller voir un psy* », « *est-ce que c'est pas un peu de notre faute aussi, parce qu'à force de dire : 'faites le 15', bin du coup c'est rentré dans les mœurs ?* », « *je ne sais pas comment on pourrait réguler le flux des patients, l'offre (de soins) est trop pléthorique, et de coup, les gens encomrent* »), **aucun enquêté ne reconnaît la part de responsabilité médicale à l'explosion des coûts de la santé (bien qu'ils pointent de nombreux abus de confrères, voire la persistance d'abus de pouvoir de certains patrons).**

En effet, outre la sincérité de leurs engagements auprès des patients, il semblerait que¹⁴⁴ :

- Le développement de (sous) spécialisations et ses conséquences (luttés et alliances médicales) sont perçues comme logiques, normales dans une carrière médicale (développement d'intérêts professionnels particuliers).
- Les traitements n'étant alors jamais envisagés comme des surcoûts au contraire (« *rassurer c'est à long terme faire des économies de santé* »), mais comme des nécessités voire des obligations morales pour le patient, (et/ou pour se rassurer faute de savoirs).

¹⁴⁴ Il ne s'agit ici que de pistes de travail.

- Les sentiments de crise actuelle renforceraient encore ces fondements : désirs de rattrapage social légitime, et en prévoyance d'un avenir incertain (multiplication d'actes déjà amorcée par les pressions jurico-légales).

L'obligation de rendre service ou d'influencer les patients ?

Des patients à qui il serait toujours facile de rendre service, et de proposer des solutions de facilités...devenant alors exigeants.

« Les médecins traitants rendent service aux gens pour des dépistages par exemple, c'est la mode cette année à cause d'une campagne de dépistage du cancer du colon, donc on a des coloscopies chez nous, des gens qui vont très bien, qui n'ont aucun symptôme, aucun truc (rires) (salarié du public). « Vous avez des patients qui reviennent tous les 6 mois (par exemple pour les suites d'infarctus) –. Globalement, on pourrait les voir qu'1 fois par an – sur le plan de la santé publique, je pense pas que ça changerait beaucoup les choses, sauf s'ils ont un problème hein, mais quelqu'un qui va bien –. Mais y'a pas mal de gens qui veulent pas quoi, qui veulent venir tous les 6 mois. Alors que bon, on ne peut pas tout détecter non plus à une consultation, donc c'est pas non plus heu –. C'est vraiment la volonté, la nécessité d'être rassurés (clinique privée).

« Dans certains lieux d'exercice, on facilite un peu le heu l'activité médicale en proposant des examens sous anesthésie parce que le gens le font volontiers – donc nous on en pâtit parce qu'après les gens ont des exigences heu suite à des bouches à oreilles » (salarié du public).

Une surmédicalisation médicamenteuse généralisée ?

« On a de plus en plus de problèmes de gestion des retours plus tôt d'hôpitaux, les patients reviennent souvent fusillés ». « Avec les personnes âgées, il faut être très prudent dans les médicaments, faut pas se jeter sur tout et n'importe quoi, parce qu'il y a des effets indésirables très rapides, et qu'on arrive à des catastrophes (ton bas) – on a des patients ici en moyen séjour, ils arrivent (de l'hôpital public ou de cliniques), ils sont quasiment dans le coma, pour des doses qui sont quasiment des doses de cheval pour eux – qui seraient à peu près des doses correctes pour des patients adultes non âgés ». « Aux urgences, en MG on voit tellement de patients avec des listes de médicaments...On ne sait plus par quel bout les prendre...On se rend compte qu'on peut aider autrement, et pour le plus grand bien du malade ! ». « À l'hôpital on est obligé de faire place nette, les MG prescrivent trop d'antidépresseurs, et des trucs qui ne servent à rien », « il y a une surmédicalisation des femmes, – en particulier, on le voit bien en cabinet spécialisé (de psychiatres) »...

Répondre à ces 2 dernières questions reste difficile, car il existe des limites à ce qui peut être raisonnablement confié à l'enquêteur de passage, surtout quand il est non-médecin et adressé par un Ministère. De plus, la déontologie professionnelle qui vise à ne jamais attaquer les abus de confrères devant les patients, est aussi une règle pour se couvrir en cas de problème. Les abus de confrères – le plus souvent découverts lors de remplacements ou au gré des retours de courriers et des patients – ne sont donc pas davantage parlés (bien qu'encore une fois, tous praticiens admettent que les pratiques médicales bonnes ou mauvaises peuvent influencer les demandes clients).

Les limites de cette enquête sont également liées à l'absence de suivi du travail des enquêtés. Mais en nous basant sur nos enquêtes précédentes, il existerait exceptionnellement des abus financiers conscients. Par contre, « des mauvaises pratiques » seraient le fait de la plupart des médecins, car les conséquences de concessions entre des logiques identitaires complexes : peurs individuelles (du procès, de tel type de patient ou de pathologies) ou au contraire investissements affectifs auprès de certains groupes de clientèle, habitudes de prescriptions liées à des collaborateurs privilégiés (médecins mais aussi visiteurs médicaux), à des formations initiales etc.

Autre impasse : si des enquêtés tendent alors plutôt à se retourner vers les « *lobbys pharmaceutiques* » omniprésents (dont certains sont suspectés « *de tronquer les résultats d'études* », de « *pousser à une surmédicalisation*»), les laboratoires jouent un rôle crucial en matière de formations continues...berceau des réassurances professionnelles et des constructions des collaborations.

Les relations avec les intermédiaires commerciaux sont alors certes parfois tendues car ils mettent en évidence ce qui sous tend aussi le travail médical : « *il faut que les cabinets tournent aussi, qu'on attire les clients, qu'on aille dans le sens du poil, enfin* », « *ceux qui sont toujours de mauvais poils, c'est vite vu : le nombre de lits* ». Mais leur présence est finalement souvent acceptée, voire légitimée : « *les labo de communication, enfin, ils font leur boulot et c'est cohérent...de faire de l'argent* », « *je vais pas ne pas recevoir le pauvre type qui va se retrouver au chômage, il n'y est pour rien lui* »...« *On n'y peut rien, c'est difficile de résister aux bons restaurants hein, on nous bichonne¹⁴⁵, et ça marche hein : je me rappelle de leurs noms sur 20 médicaments* ». Encore une fois, l'absence de formations à la critique de l'information, et l'absence de connaissances claires de médicaments toujours plus nombreux sur le marché (en particulier en MG) restent une clé de dépendance médicale à des laboratoires pharmaceutiques, plus ou moins privés à but lucratif¹⁴⁶.

3.3 Les paradoxes des politiques de santé

Les réactions à la post enquête témoignent également **d'incohérences de politiques de santé, aggravant les hiérarchisations de prestige traditionnelles en médecine :**

Des budgets toujours inadéquatement répartis entre les spécialités

- « *Ils ne veulent pas payer plus de temps de médecins, alors que les urgences sont incontournables, je sais pas moi : les services des urgences c'est obligé que ça existe, et les conditions de travail seront d'autant plus difficiles qu'il n'y a pas de budget donc pas assez de médecins !! Pfff !* », « *ils laissent pourrir la situation des gardes, des salaires alors que nous on est la garantie de la paix sociale* » (urgences).
- Des sonnettes d'alarmes sont également tirées par les psychiatres.

¹⁴⁵ Il faudrait sûrement parler de véritables collaborations avec les laboratoires pharmaceutiques, espaces temps non seulement de réassurance professionnelle, mais aussi de revalorisation de l'image médicale, particulièrement dans le contexte actuel d'un fort ressenti d'une lamination injustifiée de leur statut social.

¹⁴⁶ La multiplication d'enquêtes à leurs sujets serait importante, au même titre que des enquêtes sur les itinéraires des patients (acteurs clés passés généralement sous silence ou uniquement stigmatisés).

Leurs « *collègues libéraux* » des **centres médicaux psychologiques et dispensaires** sont « *de plus en plus débordés et travaillant avec des moins en moins de moyens* ». **Il manque des structures adaptées aux besoins de soutiens psychologiques/psychiatriques des adolescents** (« *ça c'est un problème qu'il n'y ai pas plus de lieux de prévention pour les enfants - y compris les ado c'est dramatique, parce que sinon ils ne viennent pas en cabinet - encore moins à l'hôpital* »¹⁴⁷).

Des politiques qui touchent de plein fouet des pôles de prévention

Tous les enquêtés pointent des contradictions entre des discours voulant diminuer les recours hospitaliers (type CHU, urgences), les coûts de la santé (prévention en amont, au sortir de l'hôpital, accompagnement des patients à domicile) et la **fermeture de lits, de « petites structures de quartier humaines » et « d'hôpitaux de proximité », alternatives à l'hôpital** (surtout en psychiatrie où l'hôpital agit en repoussoir pour les patients¹⁴⁸).

Ex. « *Mais en fait, c'est tout le versant prévention qui est nié : réadapter à l'effort, éduquer les asthmatiques – l'hôpital a accepté de financer des formations et y'a un réseau départemental, et puis après rideau, les robinets se ferment : 'on fait plus' ! – Alors qu'on sait qu'après les gens viendront moins aux urgences, consulteront moins, qu'ils coûteront moins cher... Y'a des effets d'annonces, mais en pratique il n'y a rien !* ».

Et n'ont pas toujours pris la mesure des besoins de prises en charge des personnes âgées

- Tous les enquêtés soulignent les contradictions entre le fait d'avoir à soigner des populations de plus en vieillissantes et les compressions du budget de la santé

« *Il y a énormément de personnes âgées partout – les gens, ils ont envie d'un soin qui soit correct, c'est bien leurs droits – y'a pas, on peut on pourra pas assurer là – ou alors il faudra finir à minuit ou ? Les généralistes pires que nous – ça au ministère il va falloir qu'il y réfléchisse hein...parce que c'est–. On nous dit par exemple, les dépenses de santé et tout ça, elles augmentent – mais là, ce qu'il faut réaliser c'est que c'est le nombre de personnes âgées qu'il y a !! Par exemple en cardiologie, vous n'avez pas une personne âgée qui n'ait pas un petit problème cardiaque – pas forcément grave : un peu des palpitations, un peu ci un peu ça – et ça va forcément – bin les généralistes ils gèrent un peu mais – avoir un avis spécialisé une fois tout les 5 ans, c'est quand même pas un drame, même à 80 ans !! Bin je vois pas comment on pourra absorber ça, y'aura des consultations – enfin ça va coûter de l'argent ! Forcément quoi. Ou alors il faut définir qu'à partir d'un certain âge on soigne plus !* ».

- Les médecins en gériatrie et urgences constatent en particulier **l'augmentation du nombre de patients de plus en plus âgés, fragilisés voire handicapés par des passages répétitifs à l'hôpital** dans des structures de soins inadaptées, **faute d'avoir été suffisamment aidés à préparer un réaménagement de leur vie à domicile** (ex : acceptation des aides, réadaptation alimentaire etc.).

¹⁴⁷ Comme pour les personnes ayant de très faibles revenus, la structure idéale reste les petites unités de proximité : soins gratuits sans avance de paiement, cadre ouvert sans prise de rendez-vous.

¹⁴⁸ Même constat en MG où il reste un lieu de répulsion.

« *Ils sont retombés, ils sont seuls, ils sont mal nourris, et c'est pas le passage d'une infirmière qui va y changer quelque chose* ». Et en effet, même si les libéraux tendent à reproduire au domicile des patients l'organisation du système hospitalier (supports écrits, plusieurs passages dans la journée de professionnels) », les liens ville/hôpital et les logiques hospitalières ne sont toujours pas adaptées aux nouveaux besoins de santé.

- **Tous les enquêtés soulignant finalement un manque « de diversification des structures d'accueil » : accueils et hôpitaux de jour** (en particulier le manque de lits de moyen séjour pourtant maillon préventif des retours à l'hôpital), **mais aussi structures de suite palliatives à l'hospitalisation prolongée et adaptée aux besoins de chaque personne : maisons de retraites, aides à domicile, soins palliatifs en dehors des CHU (y compris en milieu libéral).**

Le 4^{ème} âge, seul véritable enjeu à venir

À la question finale *des améliorations urgentes à faire remonter au ministère*, tous les enquêtés ou presque ont (re)parlé de ce qui reste toujours seul véritable problème de fond à venir (au-delà des identités et de la crise médicales).

Témoignages

« *Le grand problème du 21^{ème} siècle, ce sont les personnes effectivement, et on voit pas un seul système pour soutenir l'ensemble de cet effort...Plusieurs canicules et ça éliminera le problème* » (humour médical).

« *C'est sûr que les gens consultent trop, mais surtout le problème, c'est celui du vieillissement de la population – alors on en parle pas trop parce que ce sont des électeurs potentiels, mais la vraie question, c'est : 'est-ce qu'on aura les moyens de prendre en charge des malades de plus en plus vieux, avec de nombreuses pathologies, de plus en plus de problèmes liés à l'âge ?'. C'est le problème de fond, l'enjeu fondamental comme praticien de base : nous, on est limite en bout de chaîne, bon, les plus de 80 ans, on les soigne mais jusqu'à quand ? C'est un énorme problème économique qu'on doit dire, à relayer en haut – parce que même s'il y a des personnes qui en ont l'intuition, nous on est seul...on doit le faire savoir (...). Cette population âgée est très demandeuse de soins, alors après il faut savoir si on peut payer ces soins ou pas – ça c'est un autre débat quand même : il faut savoir si la société peut payer des soins à tout le monde, y'a peut-être des règles à établir. Mais le message à faire remonter : c'est qu'il faut avoir des praticiens pour faire des soins – et s'il y a eu une erreur grossière à retenir sur la génération, c'est celle là, avec la montée des personnes âgées* ».

« *Je crois que la France est vieillissante, que ça fait des années qu'on le sait, et qu'on n'a rien anticipé. Bon, la canicule nous a montré un peu, a déclenché quelques – mais bon, c'est au quotidien et on vivait ça depuis quelques temps, on voyait bien que ça allait au-delà des surcharges l'été. Ce problème-là on l'avait déjà en permanence : on a en permanence des gens âgés, on sait pas où les mettre...En fait, c'est tout le système qu'il faudrait changer ! Donc ce n'est pas simple hein. Puis y'a après l'hôpital, c'est difficile de trouver une place en maison de retraite, et je parle pas des problèmes pécuniaires...à part le public y'a plus rien, et je sais pas si c'est si attractif que ça pour les médecins, les gériatries* ».

« Après on peut bien tenir tous les discours, aller serrer les mains des personnes âgées, heu, leur dire qu'elles seront mieux chauffées l'hiver et mieux réfrigérées l'été prochain, c'est pas ça le but, – je crois que le sort qu'on fait aux personnes âgées en France actuellement c'est une honte (bis), c'est un problème global – le fait que les personnes âgées se retrouvent dans les maisons de retraite (bredouille inaudible), mais c'est cette folie, hein, cette hypocrisie – que ça soit impossible de laisser mourir quelqu'un à son domicile, hein, c'est quelque chose qu'on admet pas – Mais heu, le sort qu'on fait aux personnes âgées actuellement c'est dramatique, mais c'est vrai qu'une fois de plus y'a la carence, cette dégradation : le fait que la médecine quelque part, – enfin je sais pas s'il faut dire –, plutôt l'hygiène fait qu'on augmente la vie humaine mais en quantité, pas en qualité – une vie décente. Si on veut avoir les moyens d'une société qui se respecte, c'est pas – moi je vois ça tous les jours quand il s'agit de laisser partir quelqu'un en maison de retraite, les difficultés financières ou les possibilités de les garder à domicile, les difficultés financières – le coût du matériel, c'est pas rien de s'occuper que quelqu'un d'handicapé – je veux paraphraser personne mais avec un peu de (? inaudible) mais plutôt que de dépenser de l'argent à des conneries (me montre l'ordinateur) y'a des systèmes qui existent aujourd'hui (matériel palliatif aux handicaps) – c'est pas mis en place. **Les maisons de retraite, y'a des carences en personnel énorme – on en a suffisamment parlé – énormes** ». (Suite informelle). Occasion de dire que contrairement à Paris, il n'y a pas eu beaucoup de décès suite à la canicule dans sa région, liés selon lui à « l'absence de techniques ou autres », « ça a préservé nos vieux ». Il y a encore « dans le coin » des lieux qui posent un « autre regard » que celui des protocoles ou des grandes institutions : « un regard à l'ancienne, qui prend soin aussi ».

Conclusion générale

« *Les médecins sont dépressifs* », « *le plus grave c'est le dépit ambiant* »

Une analyse comparative des entretiens sur les conditions et organisation du travail (parcours, temps de travail et collaborations professionnelles) laisse penser que les réponses à l'enquête de la Drees ont été fonction des spécialités officielles ou officieuses des médecins et de leurs situations locales particulières. L'offre de soins permettant ou non un développement de centres d'intérêts et d'entre aide au travail (et/ou une réduction du nombre de gardes). Reste que pour tous les enquêtés, « *soigner au mieux* » c'est aussi acquérir des droits légitimes compensant des apprentissages longs et/ou peu payés, puis le sacrifice de leurs temps voire de leur personne aux patients. Il s'agit de pouvoir :

- capter, maîtriser et sélectionner des flux de clients et des collaborateurs en vue de se faire reconnaître localement comme expert (maîtrise de savoirs délimités),
- et donc aussi choisir son lieu d'exercice : régions, établissements et/ou spécialisations « *attractives* ».

Ces logiques sont d'autant plus visibles actuellement que le groupe a le sentiment de vivre une situation de perte de pouvoir majeure. Les nécessités de contrôles et de réductions budgétaires étant peu comprises (rejet traditionnel des contrôles du travail par des non-médecins et des procédures écrites administratives éloignant les praticiens des soins), surtout lorsqu'elles touchent des structures ou des services qui tendent justement à un moindre recours à l'hospitalisation et drainent l'ensemble des problèmes de la société (psychiatrie, urgences).

Au terme de cette post-enquête, au moins deux points cruciaux apparaissent :

Suite à une augmentation des rythmes de travail et des charges de travail exprimée par l'ensemble des enquêtés, on ne pourrait qu'assister à un report des tensions sur les personnels non médicaux¹⁴⁹, chargés traditionnellement de canaliser les demandes des patients et les plannings, de gérer les écrits (secrétaires, infirmières), et de replacer les personnes âgées « *incasables* » (infirmières, assistantes sociales). Ces personnels étant aussi des aide-mémoire et des médiatrices des émotions médicales contenues pendant les soins¹⁵⁰.

En effet, et au-delà des effets réels ou supposés de la crise actuelle¹⁵¹, ce qui gênerait le plus l'ensemble des enquêtés ce sont les perspectives :

- de devoir encore beaucoup (trop) travailler (particulièrement pour les médecins en milieu ou fin de carrière) ;
- d'être tenus responsables de situations de fin de vie problématiques (contradictoires avec des idéologies salvatrices qui tendraient à s'émousser chez les jeunes

¹⁴⁹ Sans oublier les tensions engendrées aussi par les politiques (annexe 3).

¹⁵⁰ Enquête ANAES portant également sur les relations entre MG et personnels d'institutions (hôpital local, CH, maison de retraite).

¹⁵¹ Les notions de surcharge de travail étant ambivalentes selon qu'il s'agisse de tâches imposées/que l'on s'impose en fait soi-même.

générations) auprès de patients de plus en plus âgés (difficiles à soigner, à placer), d'où de nombreuses demandes d'aides pour re-délimiter les soins ;

- de devoir collaborer avec de nouveaux partenaires : les patients et les proches, réclamant parfois soit une totale prise en charge de leur santé au quotidien, soit des relations et des informations, habituellement jugées secondaires ou reléguées à des non médicaux en milieu hospitalier public.

Les incompréhensions des demandes des patients sont plus marquées aux urgences (où les médecins sont de plus confrontés au détournement par des médecins de leurs services, donc persuadés de ne plus soigner les bons malades) ou en gériatrie hospitalière. Les médecins travaillant exclusivement en milieu hospitalier public s'opposant alors aux médecins du secteur privé (clinique et/ou cabinet) davantage habitués à écouter « la voix » des patients, et plus encore à l'ensemble des psychiatres (compétence d'écoute et de compréhension au fondement du travail).

Les salariés du public non-psychiatres nous ont semblé dépassés par les conséquences de la médicalisation de la société – que les médecins ont également contribué à développer – faute d'avoir eu le temps de penser qu'elle renforcerait le niveau de revendications de patients et de leurs proches, qu'elle contribuerait à augmenter et l'âge et les désirs de survie, nécessitant des changements de positionnement et de pratiques médicales au quotidien. Reste que faute de moyens, en particulier dans les spécialités déjà traditionnellement peu attractives (psychiatrie, urgences, gériatrie), ce sont l'ensemble des médecins qui tendent à se positionner comme des victimes, bouc émissaires.

À ce sujet, nous voudrions souligner l'importance des phénomènes d'anticipation des augmentations des charges de travail à venir, qui sont vécues mais aussi rapportées ou projetées, au point que la disparition de certaines spécialités est déjà parlée au présent (ni au futur ni au conditionnel).

Les effets rumeurs et les angoisses seraient amplifiées par des connaissances très partielles (en dehors des réseaux amicaux-familiaux) des réelles conditions de travail de confrères, et en particulier du travail non hospitalier ; de l'organisation des soins et du système de soins global (pas ou peu de discours spontanés sur les libéraux, associations de patients, autres professionnels ressources)¹⁵². Mais surtout, quelles que soient leurs conditions de travail, les médecins rencontrés souffrent de sentiments d'abandon, c'est-à-dire d'un manque de communication avec les pouvoirs publics (politiques de santé paradoxales, lenteur voire absence de réponses, d'auto-critique et d'explications des politiques¹⁵³) lesquels méconnaissent également les problèmes quotidiens des praticiens du terrain et participent aussi à augmenter rumeurs et angoisses.

En particulier, du point de vue des enquêtés, les politiques (salariales ou autres) ne semblent pas tenir compte de la lourdeur de leurs responsabilités diagnostiques et/ou de la diversité des situations de travail (particulièrement exprimés par des médecins âgés déstabilisés par des changements imposés du travail et/ou travaillant dans les régions et

¹⁵² Limitant sûrement les tentatives de re-déploiement extra hospitaliers, en particulier les volontés de faire des MG des acteurs pivots.

¹⁵³ Voir annexe 3.

spécialités déjà sinistrées). Tous les informateurs témoignant en outre du fait que les MG sont toujours « *les plus à plaindre* », par opposition aux spécialités « *qui rapportent* »¹⁵⁴.

Autrement dit, au-delà des anticipations, des différences selon spécialités et des lieux d'exercices, les besoins d'aide¹⁵⁵ et de réassurance professionnelle ne seraient pas à minorer :

- Il existe des sentiments de ne plus pouvoir faire face à la demande, faute de temps médicaux et de structures adaptées (cette post-enquête révélant une fois de plus des lacunes importantes du système de santé en matière de prise en charge de personnes âgées notamment).
- En plus des incertitudes liées à l'allongement de la vie, les souffrances les plus grandes semblent finalement liées au fait de pas savoir : d'avoir peu ou pas d'explications d'ordre pratique quant à la façon d'appliquer des directives ministérielles, de n'avoir aucune piste tangible quant aux politiques à venir.

L'impossibilité de se projeter dans l'avenir expliquant alors non seulement la force des effets de rumeurs, mais aussi de colères quand les seules informations reçues tendent uniquement à contrôler, voire à remettre en cause des expériences acquises au terme de longs parcours initiatives.

« Non mais comment soigner de façon efficiente le double de patients ? Personne ne répond ! Personne ne se demande : 'comment on va faire ?' ». « On est soumis au regard inquisiteur parfois des patients et de leurs familles, et ceci dit à la limite je le comprends, mais y'a les exigences des tutelles, – enfin ministérielles – qui sont dès fois un peu plus mystérieuses, souvent c'est des exigences parapluies, c'est : 'on l'a dit, débrouillez-vous pour l'appliquer, vous l'avez pas fait, tant pis pour vous' – Seulement,... comment l'appliquer sur le plan pratique, ça c'est dit par personne ! Enfin les circulaires ministérielles pleuvent, mais les moyens de les appliquer sont inexistantes ».

Les besoins de réassurance identitaire passeraient également par des revalorisations salariales, tant le maintien de l'image sociale et/ou d'un niveau de vie semble prépondérant dans ce groupe. Au risque de renforcement des logiques de hiérarchisation médicales, et de voir se développer des logiques de surmédicalisation, liées tant aux craintes réelles de risques de procès qu'à des logiques de rattrapages (double, triple exercices, multiplication de soins « inutiles »...).

Réédition de l'enquête générale

Au terme de ce travail, il ne nous semble pas opportun d'exclure les médecins libéraux dans la prochaine réédition de l'enquête. Outre le fait qu'ils expriment plus ouvertement des logiques au travail présentes chez tous les médecins¹⁵⁶ :

¹⁵⁴ Autrement dit, les politiques tendraient plutôt à approfondir des hiérarchisations du travail médical, amplifiant les sentiments de « gagnants » et de « perdants » entre sous-groupes professionnels (médecine générale, gériatrie et psychiatrie demeurant les parents pauvres).

¹⁵⁵ Les deux médecins les plus réticents ayant finalement demandé des aides extérieures pour débloquer des impasses relationnelles (collaboration public/privé), et/ou pour réajuster des situations salariales injustes. Il faudrait consacrer une étude approfondie à ce problème constant de l'hétérogénéité des salaires qui a traversé cette post-enquête (médecins détachés du public travaillant en hôpital privé nl, privés non lucratif/public, CHU/autres type d'hôpitaux, au sein des centres 15 et des maisons médicales etc.).

- ils travaillent souvent en milieu institutionnel sur lequel ils sont susceptibles de poser regard un peu décentré, voire critique (donc intéressant pour le thème de l'enquête),
- en médecine, voire chez l'ensemble des professionnels de la santé, le clivage libéral/salarié n'est pas le seul pertinent dans les ressentis au travail.
- il existe un continuum de perceptions dépassant les catégories administratives (et comprenant aussi l'exercice hors établissements)¹⁵⁷.

Les catégories de distinctions entre médecins étant plutôt fondées sur :

1. Des hiérarchisations de savoirs (valorisation de maîtrise de connaissances délimitées, de spécialités techniques et curatives) variables selon les spécialisations, et rapportées aux types de clientèles soignées (plus ou moins triées et médicalisables).
2. Des oppositions entre les médecins qui peuvent rapidement obtenir l'avis de collègues spécialistes, refuser et imposer des patients /tous les autres.

D'où l'intérêt de garder également un large panel de praticiens de toutes les spécialités, y compris les moins « nanties » (urgences, gériatrie, psychiatrie, médecine générale).

3. Des degrés d'autonomisation au travail et de responsabilités plus ou moins recherchés et assumés, fonction des aspirations, des trajectoires des centres d'intérêts de chaque médecin (d'où l'intérêt de post enquêtes qualitatives portant sur des trajectoires individuelles).

Modifications-ajustements à apporter

Il nous semble opportun d'ajouter des questions relatives aux aspirations et hantises spécifiques aux professionnels de la santé. En particulier, les incidences des problèmes :

- De prises en charge de populations plus âgées et de la mort à l'origine d'usures et de chocs divers (relégations, questionnements éthiques, difficultés médicales à aborder et parler de la fin de vie), amplifiés par les carences en structures de suite adaptées aux patients âgés (difficultés à replacer les patients souffrant de polyopathologies à l'origine de tensions reportées sur les paramédicaux-secrétaires voire sur les aidants) ;
- De gestion des familles et d'appréhension des phénomènes d'autonomisation de certains patients, car sources de nombreuses incompréhensions et donc de stress au travail, et qui tendrait à démultiplier les peurs :
- de fautes professionnelles et de procès (renvoyant plus globalement à la question du partage des responsabilités et des prises de décisions solitaires), mais approfondies par des ressentis d'une augmentation globale des charges de travail.

Sur ce dernier point, il conviendrait également de s'intéresser :

¹⁵⁶ Aspirations à l'autonomie et à l'approfondissement de sous spécialisations (officielles et implicites) en vue d'expertises, critiques du système de santé fonction des intérêts de chaque praticien (c'est-à-dire de besoins de se délimiter des territoire et de trier la clientèle), intérêts à consolider tout au long de leurs carrières des réseaux (relais, décharge) etc.

¹⁵⁷ Et sur ce point, il conviendrait de ne pas sous estimer l'importance des différents types d'exercices expérimentés successivement et/ou simultanément par les médecins. Mais également de rester prudent quant aux réponses données (possibles non dit).

- aux difficultés d'organisation des gardes (pour les médecins), à leurs liens avec des contextes locaux d'exercice et d'offres de soins (ex. régions sous-médicalisées, absence de professionnels de ville, éloignements des grands centres hospitaliers, conflits entre établissements publics et privés etc.)¹⁵⁸ ;
- aux incidences de logiques bureaucratiques-gestionnaires, d'autant que la perception négative de cette charge de travail supplémentaire transcende également les lieux, type d'exercices médicaux et paramédicaux) ;
- aux carences des communications avec les pouvoirs publics (avec peut-être aussi des questions portant sur les besoins d'informations-échanges via les réseaux, Internet...).

¹⁵⁸ Secondairement, il serait peut-être également important d'introduire des questions relatives aux types de contrats et aux types de formations (degrés de satisfaction).

Bibliographie

- Aïach P., Fassin D., (dir), *Les métiers de la santé. Enjeux de pouvoir et quête de légitimité*, Anthropos, Paris, 1994.
- « Apartheid médical », manière de voir, *Le Monde Diplomatique*, février-mars 2004.
- Arborio A-M., « Quand le 'sale boulot' fait le métier », *Sciences sociales et Santé*, 13, n° 3, septembre 1995 : 93-124 (numéro consacré aux professions de santé approche sociologique). *Un personnel invisible, les aides-soignantes à l'hôpital*, Ed. Anthropos, collection « sociologiques », 2001.
- Baszanger I., « Socialisation professionnelle et contrôle social. Le cas des étudiants en médecine futurs généralistes », *Revue française de sociologie*, volXXII, 1981 : 223-45 ; « La construction d'un monde professionnel : entrée des jeunes praticiens dans la médecine générale », *Sociologie du travail*, vol3, 1983 : 275-294.
- Blais J., *Scènes de la vie ordinaire dans le 'cabinet théâtre' du médecin*, Paris, Ed du médecin généraliste, 1996.
- Bourgueil Y., et alii *La régulation des professions de santé. Etudes monographiques : Allemagne, Royaume-Uni, Québec, Belgique, États-Unis*, rapport final de la Drees, 22, mars 2002.
- Bouton R., *Un toubib en colère*, Paris, Ed. Hachette Littératures, 2003.
- Cattan S., « Entendre la mauvaise nouvelle. Étude qualitative à l'annonce du diagnostic de cancer digestif », Mémoire du Diplôme Universitaire de Soins Palliatifs, Université Lille 2, dir C. Le Grand-Séville, 2003-2004.
- Clément M., *Maladie mentale et exclusion*, thèse de Doctorat, Programme interdisciplinaire de sciences humaines appliquées, Université de Montréal, 1999.
- Coenen-Huther J.Q, « Quelques observations en milieu hospitalier », *Sociétés Contemporaines*, 8, 1991 : 127-143.
- Cresswell R., « Ethnologie et sociologie », *L'Homme*, vol VII, 1994 : 72-84
- Crochet S., « La savonnette, le perroquet et la sécurité sociale », *Ethnologie Française*, 12, 1, 1992 : 19-16.
- Crozier M. et al., *Rapport d'étude sur le « cloisonnement à l'hôpital et propositions d'actions*, Ministère des affaires sociales, de la santé et de la ville, Paris, 1994.
- D'Amour D., Sicotte C, Lévy R., 1999, « l'action collective au sein d'équipes interprofessionnelles dans les services de santé », *Sciences sociales et santé*, 17, 3 : 67-93.
- Dodier N., A. Camus, « L'hospitalité de l'hôpital. L'accueil et le tri des patients aux urgences médicales », *Communications*, 65 : 109-119
- Elias N., « Remarques sur le commérage », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 60, 1985 : 23-29.
- Fabre G., *Epidémies et contagions. L'imaginaire du mal en Occident*, PUF, 1998.
- Fainzang S., « L'alcoolisme, une maladie contagieuse, réflexions anthropologiques sur l'idée de contagion », *Ethnologie française*, 24, 1994 : 823-834.
- Fassin D., *Urgences et précarités*, CRESPI, Université Paris 13, 2000.
- Freidson E., *Professional dominance, Profession of medicine* (chap 14), Atherton Press, New-York, 1970 : 302-331.
- Froment A., *Pour une rencontre soignante*, Paris, Éd. des Archives Contemporaines, 2001.
- Gagnon E., et Saillant F., *De la dépendance à l'accompagnement. Soins à domicile et liens sociaux*, L'Harmattan/PUL, Québec/Paris, 2000.
- Genest S., « Un, deux, trois...Bistouri. Technologie, symbolisme et rapports sociaux en salle d'opération », *Anthropologie et Société*, 14, 1, 1990 : 9-14.

- Godeau E., « Dans un amphithéâtre... », *Terrain*, 20, 1993 : 82-96.
- Goffman E., *Stigmates*, Paris, Minuit, 1975.
- Good M., *Medicine, Rationality and experience*, Cambridge University Press, Boston, 1994; *Comment faire de l'anthropologie médicale? Médecine, rationalité et vécu*, Synthélabo Institut, Paris, 1998.
- Goffman E., *Asiles. Étude sur la condition sociale des malades mentaux*, Minuit, Paris, 1980.
- Gonnet F., « Les relations de travail », in *L'hôpital à vif, Autrement*, 109, 1989 : 128-147 ; *L'Hôpital en question(s). Un diagnostic pour améliorer les relations de travail*, Edition Lamarre, Paris, 1992
- Guberman N., et alii. *Femmes, familles et adultes dépendants*, Ed. du Remue-Ménage, Montréal, 1991.
- Hoffmann J. E., « Nothing can be done. Social dimensions of the treatment of stroke patients in a general hospital », *Urban Life and Culture*, 3, 1, 1974: 50-70.
- Hugues E. C., *Le regard sociologique*, EHESS, Paris, 1996.
- Jaisson M., « L'honneur perdu du généraliste », *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, 143, 2002 : 31-35.
- Jeffery R., « Normal rubbish : deviant patients in casualty departments », *Sociology of Health and Illness*, 1, 1979, 1979: 90-107.
- Jodelet D., *Folies et représentations sociales*, P.U.F, sociologie d'aujourd'hui, Paris, 1989.
- Kleinman A., "Doctor-patient negotiation and other social science strategies in patient care", In Eisenberg L., and Kleinman A., (Eds), *The relevance of social science for medicine*, D. Reidel Publishing Co., 1981. Kleinman, A., *Writing at the Margin*, University of Colombia Press, Berkeley, 1995.
- Labayle D., *Tempête sur l'hôpital*, Seuil 2002.
- « La pratique du médecin omnipraticien. Positionnement des cabinets privés », étude du SECOR, *Le médecin du Québec*, vol35, 3, mars 2000 : 103-134.
- Le Grand Sébille C., *Etude sur les représentations du SIDA (Rapport final)*, I.M.T.N.F, août 1999. *Comment vit-on avec l'hépatite C. dans le Nord Pas-de-Calais ?* Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales du Nord et du Pas-De-Calais, coll. repères en santé publique, 2000. « Quand la mort est sans discours » in *Mourir avant de n'être*, R. Frydman et M. Flis-Trèves (dir), Odile Jacob, 1997 : 27-41.
- Lesemann F., Martin C. (dir), *Les personnes âgées. Dépendances, soins et solidarités familiales. Comparaisons internationales*, La Documentation française, Paris, 1993 : 27-51.
- Lert F., « La mobilisation des ressources personnelles et collectives face aux exigences du travail de soins », *Gestions Hospitalières*, décembre, 321 (sup) 1992: 20-31.
- Lupton D., "Consumerism, reflexivity and medical encounter", *Social Science and medicine*, vol45, 3, 1998 : 373-381.
- Matheu M., « La familiarité distante », *Gérer et Comprendre*, 2, 1986 : 81-94.
- Minvielle E., « Les fondements des relations humaines », *Sciences Sociales et Santé*, vol 15, 3, 1997 :133-141.
- Molinier P., « Autonomie morale subjective et construction de l'identité sexuelle : l'apport de la psychodynamique du travail », *Revue Internationale de Psychosociologie*, 3, 5, 1996 : 53-62 ; « Un éclairage psychodynamique de la notion de compétence », *Éducation permanente*, 3, 132, 1997 :149-158.
- Molinier P., et alii, Enquête de psychodynamique du travail auprès des cadres infirmiers de l'AP-HP, CNAM, 1998.
- Peneff J., *L'Hôpital en urgence, étude par observation participante*, Métailié, Paris, 1992 ; *Les malades des urgences*, Métailié, Paris, 2000.

Petit A, « La profession infirmière », in P. Aïach et D. Fassin (dir), *Les métiers de la santé. Enjeux de pouvoir et quête de légitimité*, Ed. Anthropos, Paris, 1994, pp : 227-259.

Olivier De Sardan J.P., « la politique du terrain. Sur la production des données en anthropologie », *Enquête*, 1, 1995 : 99

Pouchelle M-C., « Transports hospitaliers, extra-vagances de l'âme », in F. Lautman et J. Maitre (dir), *Gestions religieuses de la santé*, L'Harmattan, 1995.

Saillant F., « *La part des femmes dans les soins de santé* », Soins Formation-Pédagogie-Encadrement, 6,1993 : 68-78.

Saillant F., *et alii.*, Transformations sociales, genre et santé, *PUL/Harmattan, Québec, 2003.*

Sarradon-Eck A., « La rencontre médecin-malade est aussi le lieu d'une médiation du lien social », *La revue du praticien. Médecine générale*, 2002, 16 : 938-43.

Schwartz O, « L'empirisme irréductible », in N. Anderson. *Le Hobo, sociologie du sans-abri*, Paris, Nathan, 1993 : 265-305.

Vassy C., « Travailler à l'hôpital en Europe », *Revue française de sociologie*, volXL-2, 1999 : 325-356.

Vega A., *L'identité des infirmières hospitalières françaises : construction et prégnance des images de la femme soignante*, Doctorat, EHESS-Paris, 1995. *Regards sur l'hôpital Broussais, Histoire des Hôpitaux, mémoire et identité* (co-écrit avec Pouchelle du CNRS), Éd. de l'Assistance Publiques Hôpitaux de Paris, 1999. *Une ethnologue à l'hôpital*, Ed. des Archives Contemporaines, 2000. *Soignants-soignés*, Ed. DeBoeck-Universités, 2001. *Dynamique des savoirs savants et profanes dans les réseaux de soins*, rapport scientifique de la fondation Fyssen (2002-2003).

Articles (sélection) :

« Les relations humaines dans le travail », in *La relation de service, opportunités et questions nouvelles pour l'ergonomie*, dir. F. Hubault, Octares, Paris, 2002. « Implication au travail : le paradoxe infirmier », *Sciences Humaines*, 2001/2, 114 : 34-37. « Pauses et pots à l'hôpital, une nécessité vitale », *Consommations et Sociétés*, n°2, 2001/3, 11 p. « La culture soignante face aux soignés maghrébins » (co-écrit avec N. Boucher), *Objectifs Soins*, 2001/4 : 90-91. « Implication au travail : le paradoxe infirmier », *Sciences Humaines*, mars 2000, n° 114, 4 p. « Mourir à l'hôpital » (co-écrit avec L. Carpot), *Mouvements*, mai-juin-juillet-août 2001/2, n°15/16, 145-152. « Initiations et apprentissages à l'hôpital. Comment devient-on infirmière ? », *Cahiers de sociologie économique et sociale*, juin 1998, n° 29, 24 p. « Les infirmières hospitalières françaises : les représentations professionnelles », *Sciences Sociales et Santé*, septembre 1997, Vol 15, n°3, 17 p.

Anne Vega, 13 août 2004 (compléments apportés en octobre)

Annexe 1

Les maux des uns, l'accueil des autres... Synthèse du DEA d'Anthropologie médicale. K. Blandin (juin 2003, Laboratoire d'écologie humaine et d'anthropologie, Aix, dir O. Sturzenegger-Benoît)

Ce travail est un aboutissement d'une pratique en psychiatrie, dont un stage de pharmacie à l'hôpital de la Pitié Salpêtrière, Paris XIII, puis un terrain d'anthropologie au centre d'accueil et de crise de la rue de la Roquette, Paris XI, consistant en une observation participante, avant le second échec de sa fermeture, en partie dû à la forte mobilisation du personnel soignant et sans précédent, des patients.

Karine BLANDIN y a étudié « un mode de soin en psychiatrie en rupture avec la tradition asilaire », caractérisé non seulement par « l'accessibilité » et « l'autonomie d'organisation » (propres aux objectifs de politique psychiatrique de secteur et aux petites structures de quartier éloignées géographiquement de leurs rattachements hiérarchiques), mais aussi par l'adaptation de l'institution à l'aide recherchée par les patients (« milieu ouvert », « négociation permanente entre les acteurs »), et sans hiérarchie entre les personnels « *afin qu'elle ne soit pas reproduite avec les patients* » (médecin)¹¹⁹. Son analyse, fondée sur une approche anthropologique de la psychiatrie¹²⁰, a porté sur les soignants (entretiens), mais s'est centrée surtout sur le vécu de la maladie psychiatrique à travers l'histoire des patients et du vécu de celle-ci au centre d'accueil.

L'auteur montre alors combien ce lieu – qualifié de « village » par les patients, bien que l'hospitalisation et plus encore les consultations de passage y soient courtes – participe activement à la déstigmatisation que requiert encore la psychiatrie aujourd'hui. Reprenant les analyses de Stanislas TOMKIEVIC, Louis LE GUILLANT et Lucien BONNAFÉ notamment, elle rappelle comment, et comme par opposition, la perversion des autres espaces de soin, plus institutionnalisés n'est pas une volonté première de l'institution. Elle serait, tout comme la violence en est le symptôme, une conséquence de l'absence de projet (éducatif), concret et constructif¹²¹. En effet, les institutions pour personnes handicapées souffrant de troubles psychiques, révèlent une certaine anomie, une disparition des valeurs communes à la société, que le politique et la politique n'ont su produire et/ou reproduire. Il s'agirait alors d'y travailler – en collaboration avec des patients, leur entourage, l'équipe de soin et plus largement la société – à l'élaboration d'un projet de vie, pour qu'un temps d'aide ne soit pas un moment de transition vers une chronicisation mais bien une étape, un accompagnement vers l'épanouissement de la personne, la facilitation de ses relations et une réassurance de la population générale, dans le sens d'une plus grande acceptation en son sein.

¹¹⁹ L'un des trois médecins également interviewé au cours de la post enquête.

¹²⁰ Ce qui a trait en Occident à la maladie mentale, tant dans sa représentation, sa prise en charge et son traitement, que la condition sociale qui lui est assignée.

¹²¹ Très présent au CAC, à la fois dans la volonté de ne jamais laisser le personnel gérer seul les conflits avec les patients, et de redonner à ces derniers le pouvoir : « ils choisissent de venir puis d'adhérer au traitement et de parler de ce qu'ils ressentent », « et ils savent qu'il n'y aura ni contention ni enfermement ». Se pose néanmoins la question de ce qui fait acte de contenant, question à laquelle les acteurs répondent notamment par : la parole, le dialogue et la confiance. La violence étant aussi absente suite à une différence majeure : « les patients savent pourquoi ils sont là ».

Or, en dépit du discours des politiques (passage à un pouvoir démocratique en matière de santé mentale qui tend à redonner à chaque acteur la place légitime qu'il doit occuper dans le système décisionnel) leur mise en pratique reste problématique – tant dans le temps que dans la conception pragmatique de tels dispositifs – l'embûche majeure étant souvent celle de l'économie, peu prête à s'engager dans de telles réformes. S'il existe déjà actuellement de ces lieux intermédiaires de la psychiatrie, inscrits dans la proximité, dans la communauté (par leur accessibilité et leur mise à disposition souple pour la population), de telles structures requièrent beaucoup de personnels parce qu'elles touchent un public très large dans une démarche curative et aussi préventive. Et l'État ne semble pas toujours prêt à financer à long terme ce genre de structures pourtant ici défendues par les usagers eux-mêmes, lesquels ont trouvé malgré leur « handicap mental » des ressources pour témoigner à visage découvert de leur nécessité, témoignage rendu à travers un mouvement de défense alors très rapidement constitué en association.

L'auteur conclut alors en ces termes : « les patients de la psychiatrie peuvent aussi se mobiliser, s'organiser, se structurer et se positionner, pour se dire, pour affirmer et s'affirmer », et cela en utilisant les moyens actuels de l'information, la presse et l'Internet notamment, jusqu'à rencontrer et décider favorablement le Ministre de la Santé, Monsieur Philippe Douste-Blazy. Elle y voit une opposition entre « un débat public, citoyen, informatif et un débat institutionnel, décisionnel qui ne se soucierait que peu de ceux qui sont les principaux concernés par une décision administrative de fermeture » ; les acteurs de ce débat public sont les premiers concernés, les patients et le personnel soignant créant aujourd'hui une nouvelle image de la psychiatrie qui n'est plus fuie mais défendue.

Pistes bibliographiques

- Audisio Michel. De l'institution au terrain, de la maladie à la santé mentale in Systèmes & politiques de santé, de la santé publique à l'anthropologie ; sous la dir. de Bernard Hours ; Karthala, coll Médecines du monde 2001.
- Barrett Robert. La traite des fous, la construction sociale de la schizophrénie ; Institut Synthélabo, coll Les empêcheurs de penser en rond, 1999 ; édition originale The psychiatric team and the social definition of schizophrenia, 1996 .
- Bastide Roger. Sociologie des maladies mentales ; Flammarion 1965.
- Bonnafé Lucien. Le miroir ensorcelé, verbes actifs & autres activités ; Syllepse 2002.
- Castel Robert. L'ordre psychiatrique, l'âge d'or de l'aliénisme ; Les Éditions de Minuit, coll Le sens commun 1976.
- Deferre Gaston. Entre pouvoirs et interprétations in De la violence ; séminaire de Françoise Héritier ; Odile Jacob, coll Opus, 1996, pp 91-121.
- ESPRIT . La misère de la psychiatrie , revue collective, décembre 1952.
- Foucault Michel. Histoire de la folie à l'âge classique ; Gallimard TEL, 1982, 1^o éd. 1976.
- Giraud François. L'invisible : psychiatrie, histoire et pratique de l'altérité in L'autre : « penser/classer/soigner » 2001, vol 2, n^o 3, pp431-440.
- Goffman Erving. Asiles, études sur la condition sociale des malades mentaux ; Les Editions de Minuit, 1994 ; édition originale Asylum, 1968.
- Gostin LO. Beyond moral claims : a Human Rights approach in mental health ; Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics, vol 10, n^o 3, 2001, pp 264-274.
- Hours Bernard. Pour une anthropologie de la santé en sociétés in Systèmes et politiques de santé, de la santé publique à l'anthropologie ; Karthala, coll Médecines du monde 2001.
- Illich Ivan. Némésis médicale ou L'expropriation de la santé ; Seuil Points 1975.
- Jodelet Denise. Folies et représentations sociales ; PUF coll Sociologie d'aujourd'hui 1989.
- Kleinman Arthur & Petryna Adriana. La mondialisation des catégories : la dépression à l'épreuve de l'universel in L'autre : « penser/classer/soigner » 2001, vol 2, n^o 3, pp 467-480.
- Mahorie Muriel. La folie au Moyen Age, XI^o-XIII^o s ; Le Léopard d'or, 1991.
- Le Blanc Guillaume. L'invention de la normalité ; Esprit, mai 2002, pp 145-164.
- Rivière Anne & Gaudichon Bruno. Correspondance de Camille Claudel ; Gallimard, coll Arts et Artistes 2003.

Annexe 2

Présentation du projet de recherche - « L'usager : entre urgence ressentie et offre de soins : analyse des logiques profanes et d'un nouveau recours thérapeutique »

M. Faure, anthropologue, Laboratoire d'écologie humaine et d'anthropologie, Aix (appel d'offres 2004 de l'ANAES non retenu)

Problématique

Une partie des demandes de prise en charge en urgence est considérée comme un « mésusage » de l'organisation du système des soins par des professionnels de la santé. Les médecins libéraux et hospitaliers en particulier se plaignent de l'attitude de patients qui prennent l'initiative de devenir les principaux acteurs décisionnaires dans leur recherche d'aide, utilisant les offres de soins selon leurs propres logiques.

Outre l'augmentation du nombre de passages aux urgences¹⁵⁹, des études¹⁶⁰ ont montré que parmi eux, tous ne relevaient pas de l'urgence « réelle », c'est-à-dire celle qui aggrave le pronostic vital ou fonctionnel (entre 14 et 30 % des cas enregistrés en urgence relèvent de la médecine généraliste). De plus, les trois-quarts des usagers se présentant aux urgences viennent directement, sans avoir consulté de médecin préalablement, et 19 % seulement des usagers sont hospitalisés suite à leur venue. De même, les appels au standard des SAMU¹⁶¹ ont triplé en 10 ans. Pour plus de 30 % des appels au Centre 15, la réponse apportée consiste en une information et/ou un conseil médical. Et seulement 4 000 000 sur les 11 000 000 d'appels correspondent à des demandes d'urgence « réelle », les autres étant liés à la forte progression durant les années 90 du nombre de personnes en situation de précarité, et à la difficulté de joindre un médecin généraliste libéral le soir ou le week-end.

Pourquoi les usagers sont-ils « autant » consommateurs dans l'urgence du système de soin ? Quelles sont les motivations des populations qui consultent dans l'urgence ? Une étude importante¹⁶², menée en secteur hospitalier, a en partie donnée des réponses : l'accident (59 %) et la douleur (43 %) sont les motifs de venue les plus souvent cités. Mais cette étude ne décrit pas les processus complexes qui conduisent les usagers à consulter en urgence. Et qu'en est-il des conceptions médicales ou savantes de l'urgence réelle de médecins libéraux et hospitaliers ? Une étude qualitative, d'orientation anthropologique¹⁶³, permettrait également

¹⁵⁹ Circulaire 195/DHOS/01/2003 du 16 avril 2003 relative à la prise en charge des urgences.

¹⁶⁰ Carrasco V., Baubeau D. « Les usagers des urgences : Premiers résultats d'une enquête nationale », *Études et résultats*, Drees, n° 212, janvier 2003. Et Lang T., Davido A., Diakité B., et al., "Non-urgent care in hospital medical emergency department in France : how much and which health need does it reflect?", *J.Epidemiol Community health*, 1996, 50 : 546-562.

¹⁶¹ Drees, « Les passages aux Urgences de 1990 à 1998 : une demande de soins non programmés », *Études et résultats*, n° 72, juillet 2000.

¹⁶² Carrasco V., Baubeau D. op.cit.

¹⁶³ Qui s'attache à comprendre les motivations et les attentes des usagers, ainsi que leur représentation de la maladie, de la santé et du système de soins.

de mieux définir les critères de ce qui est considéré comme une demande « non fondée »¹⁶⁴, de vérifier l'homogénéité ou non de ces conceptions (et in fine de comprendre l'adéquation ou l'inadéquation entre l'urgence ressentie de l'utilisateur et l'urgence réelle des professionnels de la santé).

Hypothèses, objectifs précis visés

L'augmentation des recours en urgence pourrait traduire de nouveaux comportements des usagers, qui recherchent un service et la sécurité de consultations non programmées pour des soins qu'ils jugent urgents. De plus, ce qui est communément appelé le « consumérisme médical » serait devenu un mode de prévention pour l'utilisateur, influencé par la médicalisation de notre société. L'objectif principal de cette recherche est alors d'identifier les logiques qui sous-tendent les demandes de soins en urgence (à quel besoin correspond cette appétence de la population à s'emparer des lieux de soins pour y faire traiter ce qui, dans l'échelle médicale, relève de la « routine » ?), et en particulier les raisons du choix des usagers entre le service des urgences hospitalier et le service de garde (appelé permanence des soins) de la médecine de ville.

Comment les usagers appréhendent-ils les nouvelles maisons médicales de garde (une centaine en France dont la moitié sont fonctionnelles et l'autre moitié sont en projet) ? Les recours sont-ils véritablement une pratique de l'urgence ou bien simplement une conduite médicale comme une autre ? Quelle place cette institution médicale naissante dans le système de soins français peut-elle alors prendre ?

Ainsi par exemple, selon les post-enquêtés, le développement des maisons médicales semble entravé par des logiques encore à étudier :

- des attirances (tant côté patients que médecins) pour des examens rapides aux urgences (groupés et avec une assurance de diagnostic),

« Si y'a besoin d'un bilan immédiat, en particulier radiographique, les gens vont directement chez nous pour ça, ils savent que si il faut une radio, il faut qu'ils aillent dans le service puisqu'on a quand même une radio – vous allez pas aller passer une radio dans le service des urgences ou à proximité, puis revenir voir le médecin – qui bon, qui n'aura pas forcément les moyens de...nécessaires. Donc c'est plus compliqué que d'aller directement et faire tout au même endroit. Donc la maison médicale, c'est de la consultation quoi, le temps où les médecins généralistes libéraux ont fermé leurs cabinets, bon ça soulage énormément les MG, et ça décharge quand même les urgences – moi ce que j'ai vu ce week-end c'est énormément de gamins : rhino, fièvres etc. – ça libère, parce qu'ici quand même on a pas mal de gens qui rentrent à leurs domiciles quand même (...). Les gens graves n'attendent pas quand même dans la salle s'attente (rires). Aujourd'hui y'a pas trop de monde, mais il se peut que l'attente soit longue : l'attente, c'est d'être reçu par un médecin, l'attente d'avoir des examens, d'avoir une infirmière disponible pour être prélevé, attendre le résultat du prélèvement, c'est heu d'attendre que quelqu'un prenne la décision au vu de l'ensemble des résultats (rires),

¹⁶⁴ GIGLIO-JACQUEMOT A., « Qu'est-ce qu'une urgence ? Quelques réflexions sur les définitions biomédicales de l'urgence médicale », *Des îles créoles aux sociétés plurielles. Mélanges offerts à Jean Benoist*, J. Barnabé, J.L. Bonniol, R. Confiant, G. L'Etang (dir.), Petit-Bourg, Ibis Rouge Editions, 2000, pp. 575-586.

c'est pfff, ou attendre éventuellement que la personne référente qui lui donnera la conduite à tenir veuille bien venir, enfin bon...parfois ça peut prendre des heures et des heures ».

- le manque de moyens techniques pour prendre de « vraies » urgences,
- les limites des investissements médicaux (multiplication des gardes, disparités de salaires privé/public).

« C'est censé décharger les urgences, mais je ne vois pas comment sans subventions extérieures ça peut fonctionner : s'ils veulent assurer tout, y compris la traumatologie, il faut un plateau technique extrêmement coûteux, donc il faut qu'ils soient en lien permanent avec les services hospitaliers. Ensuite, au bout d'un certain temps, ceux qui sont là ne veulent plus assurer les soins de garde », « ça va foirer parce que les libéraux gagnent plus, même au centre 15, ça crée des tensions, en plus ils ont du mal avec certaines urgences »¹⁶⁵ (urgentistes).

Les missions premières des MMG « sont d'assurer la continuité des soins et de structurer les conditions de garde des médecins de ville. Elles conjuguent prises de garde, travail en équipes, diminution du sentiment d'insécurité pour les médecins, diminution des délais d'attente et efficacité pour les patients. Cependant, si elles partagent une appellation commune, leur fonctionnement et leur organisation diffèrent »¹⁶⁶. A quoi cela est-il lié ? Y a-t-il des enjeux locaux (concurrence et partage de clientèle) avec les hospitaliers, et en particulier avec les urgentistes ?

Le bilan de la Maison Médicale de Garde du Gapençais (ouverte depuis deux ans et demi elle est considérée comme une réalisation pilote sur un plan national) tendrait en tout cas à montrer du côté des clients que son usage est assez similaire à celui des cabinets de ville. Ainsi, l'activité diurne y est nettement plus importante que l'activité nocturne. Tous les jours de la semaine présentent une activité conséquente, y compris pendant les « heures d'ouverture » des cabinets médicaux libéraux. Il est à noter que la répartition de la clientèle de la MMGG sur les jours ouvrables est également identique à celle de la clientèle des cabinets médicaux libéraux. L'activité la plus importante se situe les lundi, puis les mardi et les vendredi alors que l'activité la moins importante concerne les mercredi et jeudi¹⁶⁷. La population de patients qui consulte à la MMGG est plus jeune que celle d'un généraliste en cabinet...

¹⁶⁵ Voir annexe 1.

¹⁶⁶ Gentile S., Devictor B., Amadeï E., Bouvenot J., Durand A.-C., Sambuc R., *Quid des Maisons Médicales de Garde en France ?*, Laboratoire de santé publique, Équipe EA 3279, Faculté de médecine, Marseille, 2003, p.3.

¹⁶⁷ CNAMTS, *Les principales caractéristiques de l'activité libérale des médecins généralistes*, Information presse du 7 juin 2001.

Pistes bibliographiques

GIGLIO-JACQUEMOT A., *Urgences*, documentaire ethnographique, Production : Université Charles de Gaulle, Lille 3, 59mn, DVD, 2002.

GOOD, B.J., DEL VECCHIO-GOOD, M.J., " The meaning of symptoms : A cultural hermeneutic model for clinical practice", in EISENBERG L. et KLEINMAN A., dir., *The relevance of social science for medicine*, Dordrecht (Pays-Bas) : D.Reidel, 1980, p.165-196 .

HELMAN, C.G., *Culture, Health and Illness*, Oxford (Royaume-Uni) : Butterworth-Heinemann, 2ème édition, 1990.

Guttman N., Nelson M. S., Zimmerman D. R., "When the visit to the Emergency Department is Medically Nourgent : Provider Ideologies and Patient Advice", *Qualitative Health Research*, Vol.11, N°2, 2001, pp. 161-178.

Padgett D.-K., Brodsky B., "Psychosocial factors influencing non-urgent use the emergency room : a review of the literature and recommendations for research and improved service delivery", *Soc. Sci. Med.* , Vol.35, N°9, 1992, pp. 1189-1197.

PENEFF J., *Les malades des urgences, une forme de consommation médicale*, Paris : Ed. Métailié, 2000, 190 p.

Annexe 3

Le besoin d'une véritable communication avec les pouvoirs publics

L'amélioration des communications avec les médecins « *de base* » est peut-être la principale doléance de cette post enquête.

Au-delà de logiques de carrière, voire de confort au travail, l'enquête a permis aux enquêtés exprimer des angoisses, mais aussi des colères et des désespoirs à l'égard des décisionnaires ministériels. Leurs lenteurs de réactions (« *l'absence d'anticipation* », puis des « *incapacités à la critique* »), et leur méconnaissance des problèmes de terrain (vision « *simplificatrice* », « *standardisée* » du travail) est critiquée, comme les modalités de mise en place de certaines réformes.

Ex. « *Y'a l'aspect médico-administratif judiciaire et tout ça, c'est pas si mal que ça soit un vieux, enfin un Senior qui le fasse, enfin moi ça me dérange pas, je fais ça assez vite. Y'a aussi la saisie de l'activité qui s'appelle PMSI – ça se fait assez vite, et puis apparemment la tarification de l'activité sera basée là-dessus donc c'est important, on le fait sans aucun problème. Par contre le cauchemar, c'est le codage des actes, c'est très compliqué, trop précis, enfin moi j'ai rien compris même avec le bouquin et une formation de 2 petites journées. J'ai codé 1/10 de ce qu'il fallait, pareil pour les autres : y'avait un cardiologue à côté de moi, plus jeune et qui est tout sauf bête, mon collègue cancérologue, y'a un néphrologue qui a réussi – je me demande s'il n'était pas parisien en plus, mais les néphrologues ont plus de temps parce qu'ils n'y a pas d'actes techniques, il a toute sa journée pour travailler intellectuellement – heu donc c'est un travail difficile à faire, ça veut dire que ça marchera pas, c'est infaisable et plus y'a toujours pas de logiciels sur le marché - donc le projet a été repoussé. J'espère qu'avec les changements de ministres le projet sera abandonné parce que c'est ubuesque, parce que j'en ai eu des angoisses hein ! (...) je comprends pas à quoi ça sert, je perds pied : c'est pas mal que l'hôpital soit rémunéré en fonction de l'activité, mais les codages je pourrai presque leur donner des noms d'oiseaux, comme toujours c'est moins l'idée de départ que la façon de mettre en place, ça a été une catastrophe la façon dont ça a été présenté, et la personne qui a inventé ce système, vraiment zéro là-haut* » (médecin gastro-entérologue, salarié public, Alsace, 48 ans).

Mais ce sont surtout les déficits d'attentions et d'explications qui sont jugés les plus problématiques. Ex : « *On a déposé un dossier pour avoir une couverture hélicoptérée qui n'a pas pu être honorée, alors que notre département avait des besoins avoués, ça c'est net, c'est incompréhensible - y'avait pas d'explications, rien* » (médecin du SAMU-SMUR, Picardie, 35 ans, salarié du public).

L'absence d'une véritable communication toucherait finalement surtout les paramédicaux, voire remettrait en cause l'utilité des politiques en cours (logiques de réduction budgétaires, d'accréditation, PMSI etc.).

« *Ici tout est basé sur la qualité des contacts humains, des relations professionnelles : l'écoute sans hiérarchies pesantes, – sur les relations tournées vers les malades qui se traduisent comme un calque des premières –, mais les gestionnaires ne comprennent pas ça. (...). En haut, ils rigolent en pensant qu'ici on ne fait qu'écouter les malades... C'est comme*

pour les conflits mal réglés à l'hôpital, si au lieu de dire : 'on va fermer', – hein c'est la façon d'aborder les choses – si on discutait, enfin on exposait les données, le pourquoi de la façon la plus transparente, et bien les gens peuvent comprendre, même s'ils savent qu'ils vont souffrir un peu... Plutôt que de faire ça dans le secret, la violence... Ici ça a été d'une violence inouïe (l'annonce de la fermeture) par rapport à des équipes hyper motivées¹⁶⁸. Alors qu'on est le service de l'hôpital qui a la file active suivie la plus importante... des retours positifs de malades, mais rien n'y fait ! (médecin psychiatre, salarié du public, Île-de-France, 62 ans).

« Et puis le danger, c'est surtout : l'infirmière à l'accueil, c'est un sacré boulot parce qu'elle doit gérer en disant, en mettant les gens en attente par rapport aux autres, et elle peut se tromper parfois, c'est une grosse responsabilité : faire passer des gens qui n'ont rien à faire chez nous, passer à côté d'une vraie urgence, c'est déjà difficile, alors quand la pression n'arrête pas d'augmenter... Mais personne en haut ne semble s'en préoccuper » (médecin urgentiste, Rhône Alpes, 37 ans privé nl).

La balle serait dans le camp des pouvoirs publics, au risque de démotiver les soignants réellement soignants (les plus présents aux côtés des malades).

« L'accréditation qui est sponsorisée par l'État, c'est un grand chantier national, et pour un établissement comme le nôtre, c'est aussi un grand chantier parce que ça bouleverse plein de choses, et ça demande un investissement de tout le monde – je dirai l'avantage, c'est de nous faire réfléchir sur nos pratiques, et sur les pratiques de nos collègues, c'est-à-dire qu'on se rend plus compte du métier de l'infirmière, du médecin, de l'agent de convivialité, on est plus cloisonné, à se dire : 'on est les plus malheureux', on voit plus les complémentarités. Par contre, là où c'est très déstabilisant, c'est qu'on travaille en permanence sur la qualité des soins dans la théorie, donc on fait plein de protocoles, de procédures. Mais le problème, c'est qu'on n'a pas toujours les moyens de les mettre en place. Et les équipes, ce qui remonte, c'est une espèce de désespoir par rapport à avant ! Il nous manque du personnel, il nous manque du personnel, donc à mon avis, ça a un côté pervers. C'est pas facile de faire patienter les équipes parce qu'elles s'investissent beaucoup mentalement et du coup, quand elles voient qu'il y a rien qui suit – pas rien parce qu'il y a quand même des choses (...). Mais à chaque fois, on a à remplir un contrat d'objectif et de moyens et sur le personnel, on n'a pas de réponse, c'est demandé depuis des années quoi ! Pff ! On n'a pas eu d'augmentation de budget depuis des années et des années, alors que l'intérêt ça a été prouvé. M'enfin bon on est pas les seuls sûrement hein, je sais que c'est la crise mais... Y'a des projets, enfin c'est des choses qui se disent : enfin ils veulent regrouper les CHU, mettre même les convalescents ! Alors que dès qu'ils arrivent ici, ils se sentent plus à l'hôpital, c'est déjà un bon point – c'est comme l'alimentation, on n'a pas réussi à faire comprendre que les bons petits plats c'était thérapeutique chez des personnes âgées qui ont été fatiguées, agressés par une infection, une opération, il faut aussi leur réapprendre à manger pour la suite. Mais bon voilà ! Avec les normes, on y perd à chaque fois en qualité des soins et y'a pas de discussions possibles, tout est homogénéisé quels que soient les besoins des patients (...). Je sais que c'est difficile, mais il faut pas épuiser les gens parce que moi je sens que ça peut arriver hein, en particulier chez les infirmières et heu les aides-soignantes. Oui, s'il y a quelque chose à faire remonter c'est par exemple la retraite à 55 ans pour les aides-soignantes : la pénibilité est là : de porter toute sa vie des patients, soutenir, laver...forcément on a plein d'arrêt maladies. Pareil, les

¹⁶⁸ Même constats lors de la fermeture partielle de l'hôpital Broussais.

congés maternité et tout ça – c’est peut-être parce que je suis enceinte mais pourquoi les aide soignantes ont les mêmes congés que moi. Le risque pour le bébé est 10 fois plus important que pour moi. C’est pas normal. Tant qu’on arrivera pas à dépasser ça en France : à regarder en face quels sont les travaux les plus pénibles, on arrivera à rien » (médecin gériatre, salariée privé non lucratif, Auvergne, 34 ans).

« Ce qui change le plus ce sont les exigences des familles et des patients pour lesquels on a besoin de temps pour régler les questions, donc je crois qu’il ne faut pas comptabiliser le temps des soignants purement par rapport à un acte technique. Déjà avec le PMSI le fait de la coter, c’est pas coté ! Donc ils sont demandeurs c’est très bien, ils nous tirent vers le haut, mais bon il faut pas laisser les acteurs sans récompense (c’est humain, déjà que les professions soignantes n’attirent plus autant qu’avant, c’est pas aussi lucratif, y’a plus cette aura) – parce que voilà, ils vont baisser les bras, déjà on commence à ressentir une baisse. Y’a ça qui est un peu dangereux en ce moment : je crois qu’il a des bonnes volontés, y’a vraiment des gens super quoi partout, et surtout ceux qui y sont sont vraiment motivés et je crois qu’il ne faut pas les perdre, parce que c’est une sacrée richesse – à trop tirer sur la ficelle, il faudrait au moins nous tenir au courant des projets, de ce qui se prépare, de comment ils pensent améliorer les choses »(psychiatre).

Autres pistes indiquées par les enquêtés pour sortir de la crise

De nouvelles campagnes d’informations sur l’utilisation des services des urgences (« faire de l’information grand public voire faire payer la consultation si elle est injustifiée »)¹⁶⁹.

Des formations plus poussées sur les médicaments¹⁷⁰, des stages obligés en soins palliatifs ou des tutorats « pour discuter des choses difficiles » dès les formations initiales.

Des formations des directions préparant d’emblée à des collaborations privé/public.

Des directeurs, des enquêteurs du ministère et des médecins conseils venant suivre au travail les soignants pour dialoguer avec les médecins.

Des formations des médecins aux contraintes budgétaires.

De nouveaux choix politiques : Stopper les dépenses considérables en terme d’informatisation, Internet au profit de reconsolidation de la médecine de proximité (de première ligne et de dernière ligne, en particulier pour les personnes âgées) et du développement de matériel d’aides aux handicapés, transports en communs etc.

¹⁶⁹ Dont nous percevons les limites (voir annexe 1).

¹⁷⁰ Voire en matière de gestion des peurs médicales (annonce de décès, prise de responsabilité, risques réels de procès etc.).