



Epuisement professionnel des médecins généralistes libéraux en France et conflit travail-famille, une revue de littérature

Claire Edey Gamassou, Virginie Moisson-Duthoit

► To cite this version:

Claire Edey Gamassou, Virginie Moisson-Duthoit. Epuisement professionnel des médecins généralistes libéraux en France et conflit travail-famille, une revue de littérature. 2017. hal-01528826

HAL Id: hal-01528826

<https://hal.science/hal-01528826>

Preprint submitted on 29 May 2017

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Titre : Epuisement professionnel des médecins généralistes libéraux en France et conflit travail-famille, une revue de littérature

Auteurs :

Claire EDEY GAMASSOU

Maître de Conférences à l'Université Paris-Est Créteil

IUT Sud Seine et Marne Département GEA de Fontainebleau

Laboratoire de rattachement : Institut de Recherche en Gestion

Virginie MOISSON-DUTHOIT

Maître de Conférences à l'Université de la Réunion

IAE de la Réunion

Laboratoire de rattachement : Centre d'Economie et de Management de l'Océan Indien

Résumé : Les médecins généralistes, responsables de la mise en œuvre des programmes de prévention de la maladie et de promotion de la santé, occupent une place particulière dans le système de santé. Consultés en premier recours, devant faire face à des exigences croissantes de la part des patients, isolés géographiquement, confrontés à une charge de travail élevée, le poids des responsabilités et des difficultés peut conduire à des effets néfastes pour leur santé et celle de leurs patients.

Dans un état de l'art sur l'exercice de la médecine générale en libéral en France centré sur le phénomène de l'épuisement professionnel et des suicides, l'article met en évidence les difficultés liées à l'articulation de la vie privée et la vie professionnelle. Les enjeux sont

d'autant plus importants qu'ils s'inscrivent dans un contexte marqué par la désaffection des jeunes diplômés à vouloir s'installer en libéral et par une désertification médicale croissante.

Mots clés : médecine générale libérale, épuisement professionnel, articulation vie privée-vie professionnelle.

L'épuisement professionnel (EP, *burnout*) des médecins généralistes en France apparaît de plus en plus comme une réalité et ce tabou tend à se dissiper. L'étude quantitative menée par Koleck, Bruchon-Schweitzer, Thiebaut, Dumartin et Sifakis (2000) auprès de 498 médecins généralistes français montre que le stress perçu peut déterminer l'apparition d'un syndrome d'EP (syndrome tridimensionnel d'après Maslach, 1982, défini par la coexistence d'une grande fatigue appelée assèchement émotionnel, d'une attitude cynique, caractérisée par un désinvestissement émotionnel des relations et des échanges avec autrui, et d'un sentiment de perte d'accomplissement personnel) associé à de l'insatisfaction professionnelle. Chocard et Juan (2007) constatent l'absence de données sur les suicides des médecins mais soulignent l'existence de nombreuses études étrangères permettant « d'objectiver l'importance de ce phénomène » et mettant en évidence majoritairement un « taux de suicide plus élevé chez les médecins que dans la population générale » (et ce dès la fin du XIXème, Bucknill, Tuke, 1858), tandis que Galam (2007a) démontre que l'EP des médecins libéraux est « une pathologie de la relation d'aide » qui interroge aussi leur identité professionnelle. Les données connues, quoique peu nombreuses, sont d'autant plus alarmantes que le contexte se combine avec une raréfaction des professionnels de la santé sur certains territoires. Dans l'état des lieux de Paraponaris, Ventelou et Verger (2011, p. 44) basé sur une enquête longitudinale, 20% des médecins interrogés ont déclaré avoir pris des anxiolytiques ou hypnotiques au cours de l'année écoulée, 5% des antidépresseurs, auto-prescrits dans 6% des cas. La détresse

psychologique¹ variait entre 11% en Bretagne et 17% en Bourgogne. Des tendances suicidaires ont été exprimées chez 2% des enquêtés (4% en Basse-Normandie), ces déclarations sont apparues associées au fait d'exercer seul.

Le constat des pouvoirs publics quant à la nécessité de faire évoluer les conditions de travail des médecins prend place alors que la souffrance de ces soignants connaît une médiatisation croissante (exemple : suicide de Thierry Costa, médecin d'une émission de télé-réalité en mars 2013, déclaration par un jeune syndicat de médecins libéraux d'une « journée noire » sur le suicide et le burnout dans leur profession le mardi 18 février 2014), allant de pair avec celle autour de la souffrance au travail en général (en particulier depuis 2006 et la diffusion de l'information sur les suicides au Technocentre de Renault).

Les métiers du soin sont reconnus de longue date comme exposés à des risques élevés de stress ou d'EP [Pines & Maslach, 1978, Vézina, Cousineau, Mergler, Vinet, Laurendeau, 1992, Lissandre, Abbey-Huguenin, Bonnin-Scaon, Arsene, Colombat, 2008]. Canouï (2002) pose le syndrome d'EP comme un risque propre aux relations d'aide, car « dans toute forme d'aide, l'aidant se sert essentiellement de lui-même pour aider », voire, « c'est la personne elle-même qui se prescrit ». Chez ces travailleurs une implication forte cohabite avec des atteintes à leur santé et à leur bien-être. Chez les médecins, cette forte implication se traduit par un éthos professionnel du « trop de travail » et de la « disponibilité permanente » (Le Feuvre et Lapeyre, 2013, p. 82) qui, malgré l'érosion en cours de ce socle identitaire chez les jeunes générations, « colore l'interprétation des usages du temps, voire de leur légitimité » dans les récits des médecins à propos de leur temps de travail (Ibid).

Le secteur sanitaire connaît des problèmes spécifiques : des horaires de travail contraignants voire élastiques, les gardes ou astreintes, l'alternance du travail jour/nuit, une activité le week-

¹ mesurée à partir d'une sous-échelle du questionnaire de qualité de vie SF-36,

² <http://sante-medecine.commentcamarche.net/contents/1000-le-burn-out-des-generalistes>

³ Jeunes diplômés de médecine générale, devenir médecin généraliste... ou pas. Enseignements d'un suivi d'une cohorte d'une cinquantaine d'anciens internes (2003-2010), N°104, février 2011, Bloy, G..
<http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/serieetud104.pdf>

end et les jours fériés rendant difficile l'équilibre entre ces deux vies. Or, les études sur l'EP dans cette population (Léopold, 2003 ; Galam, 2007a, b) ont peu approfondi la place de la conciliation vie privée –vie professionnelle dans l'apparition du syndrome. Pourtant, parmi les multiples facteurs dont l'EP peut être une conséquence, figure le conflit travail-famille, comme démontré dans une étude portant sur un échantillon de 639 infirmières (Moisson, Furher, Cucchi, 2010).

Comment le soignant peut-il aider et soigner autrui quand il se trouve lui-même en état d'épuisement et a besoin d'aide ?

Dans cette revue de littérature, nous nous intéressons aux médecins généralistes exerçant en libéral et à leurs conditions de travail. Dans cette perspective, il nous semble nécessaire, parallèlement à la question de la surcharge de travail et de l'isolement, d'apporter une attention particulière à la question de l'articulation de leur vie professionnelle et leur vie privée.

En effet, face à l'aspiration généralisée à une meilleure conciliation vie privée-vie professionnelle, la question de l'attractivité de cette profession est posée, ainsi que celle de l'existence de mesures ou pratiques salutogènes propres à ces praticiens.

Nous proposons donc dans un premier temps de dresser un état des lieux de cette profession médicale en France, avant d'exposer l'état actuel des connaissances sur la place des interactions entre la vie professionnelle et la vie privée dans l'EP de ces soignants.

Les conditions d'exercice des médecins généralistes en libéral en France

D'après Schweyer (2010, chapitre 2, cité par Grignon, 2011, p. 52) , 10% des généralistes arrête avant huit ans de carrière, 20% avant dix-huit ans, ce qui signale un problème de rétention et « *renvoie évidemment au caractère paradoxal de la profession : on peut penser qu'une profession prestigieuse et sûre de son fait n'a pas de problème de rétention puisqu'elle confère une rente de monopole et un prestige certain* » mais « *les généralistes se*

plaignent de la pression de la demande et des contraintes économiques pesant sur leur activité » (Ibid, p. 53).

En effet, après l'identification dans les années 60 de la dépression comme facteur de risque majeur dans le taux de suicide plus élevé des médecins (Holmes & Rich, 1990 ; Silverman, 2000 ; Frank, Biola & Burnett, 2000), l'EP des médecins est aujourd'hui considéré par plusieurs acteurs de la profession comme une « *réalité bien étudiée* »². En effet, de nombreux travaux de sociologues (Bui Dang Ha, Lévy, Teitelbaum, Allemand, Pavot, 2007, 2009, Bloy, 2011), d'économistes (Barnay, Hartmann et Ulmann, 2007) mais aussi de médecins (Canouï, 2002, Cathébras, Begon, Laporte, Bois, Truchot, 2004, Galam, 2007a,b) ou d'équipe pluridisciplinaire (Dumesnil, Saliba-Serre , Régi, Leopold, Verger, 2009) sur l'EP des médecins ont mis en évidence ; à l'appui de méthodologies quantitatives ou qualitatives, une prévalence importante du syndrome d'EP et des facteurs de risques psychosociaux (surcharge de travail, isolement, souligné déjà par Jagu, 1962, p. 1000) dans certaines professions médicales.

En 2002, quinze experts réunis par la Fondation Américaine pour la prévention du suicide ont publié une déclaration commune (Center, Davis, Detre, Ford, Hansbrough, Hendin, Laszlo, Litts, Mann, Mansky, Michels, Miles, Proujansky, Reynolds III & Silverman, 2003) visant à lutter contre la dépression des médecins. Leurs préconisations visaient un changement des attitudes professionnelles et des politiques institutionnelles pour encourager les praticiens à rechercher de l'aide et à se confronter à la dépression et au suicide de leurs pairs. En effet, le faible taux de consultation (un médecin sur trois n'aurait pas de médecin, Gross, Mead, Ford & Klag, 2000) mais aussi la probable sous-évaluation du phénomène de suicide dans le milieu médical en raison de son caractère endogène (constat du décès et identification des causes par un pair), du fait du mythe de l'invulnérabilité, mais aussi de l'absence de formation de

² <http://sante-medecine.commentcamarche.net/contents/1000-le-burn-out-des-generalistes>

« médecin de médecins », pourraient conduire à des situations de souffrance. Les auteurs de la déclaration avaient été réunis les 6 et 7 octobre 2002 par la Fondation Américaine pour la prévention du suicide pour évaluer l'état de la connaissance sur la dépression et le suicide des médecins. Leur texte fait remonter au milieu du XIXème siècle la première observation d'un taux de suicide élevé parmi les médecins par rapport à la population (anglaise en l'occurrence ; Bucknill, Tuke, 1858). Dans les années 60, la dépression a été identifiée comme facteur de risque majeur dans le taux de suicide plus élevé des médecins (Holmes & Rich, 1990 ; Silverman, 2000 ; Frank, Biuola, Burnett, 2000). Ainsi, alors qu'ils sont moins touchés par les cancers et maladies coronariennes que la population, les médecins présentent un plus grand risque de suicide. Il serait établi qu'ils ne se font pas aider en cas de dépression, maladie qu'ils ne détecteraient ou ne traiteraient pas correctement chez leurs patients dans 40% à 60% des cas (Simon & VonKorff, 1995, Young, Klap, Sherboune, Wells, 2001). Les données sur le suivi médical des médecins sont rares ; on connaît mieux le suivi des étudiants en médecine, qui présentent déjà de faible taux de consultation (et au sujet desquels plusieurs articles postérieurs font état de taux d'épuisement et de suicide important, Australian Medical Students Association-AMSA-, 2008). Le texte souligne qu'ils ne sont pas encouragés à consulter, et donc à admettre leur vulnérabilité sur le plan de la santé, ou à demander de l'aide.

Le médecin généraliste libéral

Loriol (1999, p. 6-7) rappelle qu'il existe en médecine « un modèle dominant particulièrement fort (...) structuré autour de deux principes centraux : la supériorité de la pratique libérale et du paiement à l'acte » et le « primat de l'approche biologique et physiologique de la maladie par rapport aux approches psychologiques ou sociales ». Le travail des médecins généralistes (MG) libéraux est souvent perçu par leurs pairs comme éloigné du second principe. En introduction de sa note de lecture de l'ouvrage collectif dirigé par Bloy et Schweyer (2010)

sur les médecins généralistes, Grignon (2011) soutient que la sociologie est particulièrement bien outillée pour comprendre la signification de la position de premier recours dans le système de soin (Ibid, , p. 49). A l'ambiguïté de la position des médecins généralistes, entre « mentor » du patient sur le long terme et « simple standardiste » mettant en relation (Ibid, p. 49), ou encore « courtier » ou « coordinateur » (Ibid, . 41) , s'ajoute une segmentation de la profession (Ibid, p. 50). Ainsi, Schweyer (2010, chapitre 3, mentionné par Ibid, p. 40-41) distingue le médecin de famille, le médecin guide, le médecin total et le médecin de la cité, selon le niveau de prise en compte des différentes dimensions de la vie de l'individu (psychologique, sociale, environnementale).

En 2007, à l'initiative de la Drees (direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques) a été mis en place un dispositif d'observation des pratiques et des conditions d'exercice de la médecine générale de ville dans cinq régions sous la forme d'un panel. Paraponaris et al. (2011) rendent compte des travaux menés en collaboration avec les observatoires régionaux de la santé (ORS), les unions régionales des médecins libéraux (URML) et les unions régionales des caisses d'assurance maladie (URCAM). Ce dispositif visait trois objectifs : l'observation des pratiques de prise en charge en médecine générale et leurs déterminants, l'observation du cadre d'activité, de l'environnement professionnel et du rythme de travail des médecins, et la réponse aux attentes spécifiques d'acteurs régionaux. Le panel comptait 1875 médecins au cours de la 5^{ème} et dernière vague, dont 1540 (81% de ceux engagés dès la première vague) ont répondu à tous les questionnaires. Majoritairement composé d'hommes (73,8%), dont l'âge moyen est supérieur à celui des femmes de l'échantillon (51,3 ans contre 46 ans), le panel présente, en cohérence avec Lévy (2011), une majorité de médecins exerçant en cabinet de groupe (52,8%). Le secteur 2 n'a été choisi que par 7,6% des généralistes (tarif moyen de consultation de 31 euros). D'après Barnay (2007, p. 114), 91% des généralistes pratiquent en secteur 1 et appliquent donc les tarifs conventionnels

pris en charge à 70% par l'assurance maladie (21 euros pour les généralistes). Ce panel a permis d'étudier l'évolution des pratiques et des relations avec les patients consécutive à la mise en place des réformes de 2004 (loi du 13 août 2004 sur le Dossier Médical Personnel – DMP- et le médecin traitant). Plus de 85% des médecins interrogés estimaient que leur charge administrative augmentait (moins de 1% de non réponse). Près de la moitié (46,5%) du panel serait prête à voir une partie de leur activité devenir salariée, afin de réduire leur temps de travail. Cette aspiration à une activité mixte, libérale et salariée à temps partiels, est confirmée par l'enquête de Bloy (2011, p. 19) auprès de 51 diplômés de médecine générale. D'après son enquête, menée pour la Drees du ministère de la santé, auprès de diplômés de médecine générale³, « les difficultés à développer une activité de médecine générale à temps partiel dans de bonnes conditions tout en poursuivant par ailleurs une carrière salariée, comme beaucoup l'aimeraient » font partie des caractéristiques des modalités de l'exercice de la médecine générale en libéral en France qui expliquent que des jeunes diplômés de médecine générale s'en détournent. Ils seraient également nombreux à rêver de « pouvoir évoluer entre l'ambulatoire et l'hospitalier sans avoir à subordonner une activité à l'autre ni être entravés par un cumul de statuts malcommode ou par des considérations de rentabilité, vite envahissantes en cas de faible activité libérale » (Ibid, p. 21). D'après l'édition 2012 de l'Atlas de la démographie médicale (Cnom, 2012), les jeunes MG ne sont que 19,16% à s'installer en libéral contre 40,91% à faire le choix de remplacement (37,85% sont salariés). D'après l'édition 2014 (Cnom, 2014), la tendance à la diminution de la part des MG est telle qu'elle risque d'entraîner une inversion du rapport spécialistes/généralistes d'ici 2020 (en 1960, les MG représentaient 60% des médecins, d'après Jagu, 1962, p. 99).

³ Jeunes diplômés de médecine générale, devenir médecin généraliste... ou pas. Enseignements d'un suivi d'une cohorte d'une cinquantaine d'anciens internes (2003-2010), N°104, février 2011, Bloy, G..
<http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/serieetud104.pdf>

Nous allons donc à présent nous intéresser à cette évolution et tenter de comprendre en quoi l'activité professionnelle a été modifiée.

Les évolutions du métier de médecin généraliste exercé en libéral

Lévy (2011) dessine les grands traits caractérisant les évolutions du métier à l'appui de deux études de 1959 (IFOP, 1964) et 1973 (Steudler, 1973) : moins considérés par les patients, dont les exigences sont aussi citées plus récemment comme principales difficultés par les médecins (Ibid, p.306, graphique 5, sources : enquête du Centre de sociologie et de démographie médicales, données début 2008), contraints par une quantité de connaissances en croissance continue et par les mesures publiques encadrant son activité, et garantissant sa rémunération, les médecins appréhendent l'installation en libéral et ses charges administratives et financières, auxquelles s'ajoutent en ville des loyers quasi dissuasifs (la valeur locative en Île-de-France représente 6,7% du chiffre d'affaires contre 4% en moyenne en région, Aynaud et Picard, 2011, p. 320), à la campagne la crainte de l'isolement, et plus globalement une judiciarisation rampante. Outre l'isolement, Bloy (2011) cite, à l'appui d'une étude longitudinale par entretiens approfondis en face à face menée auprès de 51 diplômés, « les réactions peu confraternelles essuyées par certains jeunes diplômés formés aux derniers standards de pratique, qui semblent parfois déranger des habitudes locales de prise en charge » (Ibid, P.19) mais aussi « la difficulté à contrôler son temps de travail et son investissement, à aménager les formes de dépendance aux patients (...), à assurer la gestion de l'entreprise médicale en relation avec les administrations et tutelles » (Ibid, p. 20). Près de la moitié (14 sur 31) des diplômés de médecine générale ayant eu une expérience consistante de remplacement suivis par Bloy (2011, p. 20) se sont complètement détournés de la médecine générale libérale par la suite : la désaffection pour ce statut chez les jeunes diplômés, constaté par le rapport de mission sur la médecine de proximité d'Elisabeth

Hubert⁴, ne s'explique donc pas par le manque de connaissance de cette pratique due à une formation centrée sur l'hôpital (Bloy, op.cit.). En effet, ce sont d'autres paramètres (surcharge de travail, manque de contrôle, isolement, etc.) qui expliquent en partie la diminution des installations en libéral. D'après Barnay (2007, p. 110), l'ONDPS (2006) indique que 40% des postes en médecine générale sont non pourvus et que les projections laissent supposer une baisse de 17% dans le secteur libéral d'ici à 2025 (contre 10% pour l'ensemble des médecins et 8% dans le secteur salarié non hospitalier). La disparité des revenus entre MG et médecins spécialistes conforterait la désaffection subie par la médecine générale (Barnay, Ibid, p. 114), d'autant que le niveau de revenu des MG français est moins élevé que celui de leurs homologues européens.

Lévy (2011) évoque le rôle joué potentiellement par Internet dans ces évolutions, mais sans mentionner d'études approfondies à ce sujet. Au delà de la télémédecine et des consultations à distance, qui font l'objet d'un article du dossier (Esterle, Mathieu-Fritz & Espinoza, 2011), Internet joue un rôle dans le niveau d'information (et de désinformation) des patients et donc dans leur posture et leurs exigences à l'égard de leur médecin. En effet, il est attendu de cet accès facilité à l'information un effet en termes de formation continue des médecins. Mais la quantité d'informations disponibles et la multiplicité des échanges à distance rendues possibles par l'outil ne remplace pas un apprentissage in situ par les pairs ou un partage au sein d'un groupe d'échanges de pratiques (de type Balint, du nom du médecin psychanalyste anglais qui développa dès les années 40 une formation collective de médecins généralistes dont l'objectif était clairement la relance de la médecine générale face au développement des spécialités et de la médecine hospitalière, Herzlich, 1985, p.12). En revanche, l'accessibilité

⁴ Mission de concertation sur la médecine de proximité, 2010,
<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/104000622/0000.pdf>

facilitée à des sources de connaissance ou d'innovation nourrisse des attentes de la part des patients qui peuvent à certains moments dépasser le praticien. Dumesnil et al. (2009, p. 361) indiquent que « l'accès facilité à l'information médicale et un sens accru de leurs droits (note : du côté des patients) font que le rapport de pouvoir dans la relation médecin-malade a changé », ce qui avait été relevé dès le début des années 60. En effet, Jagu (1962, p.99) soulignait déjà que les médecins voyaient leur position menacée par l'augmentation de la vulgarisation médicale, perçue comme un facteur de détérioration de leurs conditions d'exercice et une perte de prestige. Ils exprimaient aussi une « crainte d'être dépassé, de ne plus avoir le temps de s'instruire, d'être isolé, de ne pas pouvoir remplir totalement (leur) rôle auprès de (leurs) malades » (Ibid, p. 100). Cathébras et al (2004, p. 1574) qualifient d' « irréalistes » les attentes de la société vis-à-vis de la médecine et soutiennent avec Mallet, Herbaut, Soyez, Delerue, Chekroud, Jacquemin (2002) qu' « une partie de la souffrance des soignants provient de la rencontre entre l'utopie de la santé parfaite et la réalité de l'homme souffrant ».

Jagu (1962, p. 100) indique parmi les conflits du médecin la « liaison psychologique avec ses malades » perçue de façon indirecte quand « la femme du médecin se plaint d'être délaissée, ainsi que ses enfants, au profit des malades », soulignant ainsi, dès le début des années 60, l'importance potentielle du conflit travail-famille chez les médecins. Nous allons voir maintenant quel rôle la question des interactions des temps de vie joue dans la prévalence de l'épuisement professionnel chez les médecins.

Epuisement professionnel et les interactions des temps de vie chez les médecins

D'après Le Feuvre et Lapeyre (2013, p. 73), la prise en compte par le politique de la « conciliation » des temps de vie révèle des changements de « régimes de genre ». Elles citent ainsi Crompton et Lyonette (2006) qui indiquent que la question de l' « équilibre » travail-famille n'apparaissait pas comme problématique jusqu'à la fin du XX^{ème} siècle en raison de

deux croyances partagées relatives au travailleur « type » (de sexe masculin travaillant à temps plein) et à l'assignation des femmes « au travail domestique et de *care* non rémunéré. La domestication des femmes, et leur exclusion formelle et informelle à différents degrés du travail salarié, permettaient ainsi un « « équilibre » entre le marché (emploi) et le travail de *care* ». Le *care* recouvre un ensemble de pratiques relevant du « travail de la dépendance » (Tronto, 1993), c'est-à-dire tout ce qui peut être fait pour un autre afin de satisfaire ses besoins essentiels et qu'il ne peut pas faire lui-même.

Depuis la fin de la Seconde Guerre Mondiale, les structures familiales de même que les relations conjugales, ont évolué. Dans les années 1970, le modèle de la famille comme institution a été remis en cause. Parallèlement, le rôle des femmes dans la société et dans la famille a changé et l'entrée massive des femmes sur le marché du travail a contribué au dépérissement du modèle de la mère au foyer s'occupant de ses enfants et de l'entretien de sa famille. Dès lors est apparu la difficulté de concilier vie de famille et vie au travail notamment lorsque la famille a des enfants en bas âge (Rhima et Guérin, 2002). A cela s'ajoute le vieillissement de la population qui a comme conséquence directe la prise en charge par la famille non seulement des enfants, mais également des membres de la famille (personnes âgées et handicapés).

Les différents travaux de recherche en sciences sociales traitant la question du rapport entre travail et hors travail adoptent différentes approches. Certains se sont plutôt intéressés à l'articulation (de la vie professionnelle avec la vie familiale, Fusulier, Sanchez & Ballatore, 2013, considérant qu'il s'agit du terme le plus neutre, p.96), ou à la conciliation (terme qui tente de rendre l'articulation plus harmonieuse, Fusulier, Ibid), l'équilibre voire l'harmonisation entre travail et hors travail, ou vie privée (ou familiale)-vie professionnelle (Kilic, 2010). Ainsi, l'articulation « peut être vécue sous différents registres allant du conflit à l'harmonie » (Fusulier et al., op.cit.). Les chercheurs qui ont abordé cette question sous

l'angle du conflit se sont souvent davantage intéressés aux déterminants du conflit vie privée – vie professionnelle qu'à ses effets (St-Onge, Renaud, Guérin & Caussignac, 2002). Pourtant, les effets négatifs de la perception de conflit travail-famille sur les attitudes et comportements au travail sont nombreux : stress professionnel (Bacharach, Bamberger & Conley, 1991 ; Rhnima & Guérin, 2002), diminution de l'engagement (Frone, Russell & Cooper, 1992).

Au début des années 2000, des analyses statistiques tendent à montrer que l'articulation vie privée – vie professionnelle est devenue une attente majeure des salariés français (Garner, Méda & Sénik, 2004, p.1). Les importants changements démographiques et sociaux de la deuxième moitié du XX^{ème} siècle représentent de nouveaux défis pour les travailleurs d'aujourd'hui, puisqu'ils doivent concilier des responsabilités professionnelles et familiales qui souvent s'opposent (Duxbury, Higgins & Johnson 1999). De plus, l'intensification de l'utilisation des technologies numériques de l'information et de la communication dans les organisations facilite aussi bien la surveillance des comportements au travail que la sollicitation continue des personnes, y compris hors lieu et temps de travail. Tout ceci aboutit à une sorte de « mobilisation totale » des personnes, telle que conceptualisée dès les années 30 par Jünger (1978), avec des frontières de plus en plus floues entre la sphère de « vie privée » et la sphère de « vie professionnelle ». Cette dilution des frontières touche alors à la qualité de vie hors –travail (Bobillier Chaumon, 2012, p.14) affectée par l'usage de certains objets-frontières (smartphone, ordinateurs portables), qui, parce qu'ils sont utilisés à la fois au travail et hors temps et lieu de travail, contribuent au débordement du professionnel sur le privé et à l'intrusion du travail dans l'espace intime.

Nous allons voir maintenant de quelles connaissances nous disposons sur ce phénomène chez les médecins généralistes en libéral.

Le conflit travail-hors travail dans les études sur l'épuisement professionnel chez les médecins généralistes en libéral

Parmi les 306 répondants de l'enquête de Cathébras et al. (2004, p. 1571) auprès de MG, « deux tiers estimaient que leur profession n'avait pas engendré d'échec dans leur vie personnelle » mais « 14% signalaient avoir eu des problèmes relationnels avec leurs enfants et 20% avoir divorcé ou s'être séparé de leur conjoint. ». Le nombre d'heures excessif apparaissait avec une fréquence de 23,2% parmi les causes perçues de l'épuisement professionnel. En moyenne, les médecins de l'échantillon ont déclaré travailler 52,2 (plus ou moins 10,8) heures par semaine (extrêmes : 13-100). Les 80 répondants présentant de hauts niveaux d'épuisement émotionnel travaillent en moyenne 55,5 (plus ou moins 12) heures par semaine tandis que les 121 ayant de bas niveaux d'épuisement émotionnel déclarent travailler en moyenne 51,7 (plus ou moins 9,6) heures par semaine (différence significative avec un risque d'erreur de 5%).

Si seulement 5% de l'échantillon présentait un niveau élevé sur les trois dimensions de l'EP (et 16% sur aucune), près de 6 médecins de l'échantillon sur 10 (58%) avaient envisagé une reconversion. Ce désir de reconversion concerne 75% des répondants émotionnellement épuisé (contre 38,3% des 121 faiblement épuisé émotionnellement, différence significative avec un risque d'erreur de 1%). Afin d'expliquer la fréquence plus élevée de l'épuisement émotionnel chez les femmes sont émises des hypothèses sur leurs difficultés matérielle et affective à concilier leurs vies professionnelle et familiale (référence faite à McMurray, Linzer, Konrad, Douglas, Shugerman, Nelson, 2000).

Galam (2007b) a analysé les réponses de 2243 médecins à qui il a notamment été demandé d'énoncer des causes et des solutions à l'EP.

Parmi les causes possibles, la longueur des journées et le manque de temps pour sa vie privée sont des « items plus ressentis personnellement que cités comme cause » ; ils sont cités par environ 85% des répondants (respectivement 85,3% et 84,1%) ; la vie privée trop parasitée par le travail est citée comme une cause d'épuisement par 77,3% de l'échantillon. Les auteurs indiquent qu'ils ont corrélé « les réponses sur les causes de l'épuisement à celles pour lesquelles les médecins se sentent particulièrement concernés » et ont constaté « une adéquation très élevée pour les items professionnels et beaucoup moins pour les items personnels », ce qui les amène à formuler l'hypothèse d'éventuelles difficultés des médecins à parler d'eux-mêmes (Ibid, p. 41). Parmi les commentaires marquants relatés (Ibid, p. 36, 38), nous en avons identifié qui font référence explicitement à l'articulation avec la vie personnelle.

« On commence sa carrière en étant très motivé et passionné par son métier avec beaucoup d'espoir. Au bout de 10 ans, ce métier n'est plus qu'un vulgaire « gagne-pain » et on finit à certains moments par le détester car vous avez l'impression de sacrifier ce qui vous est le plus cher : votre vie de famille. Si on me donnait la possibilité d'une reconversion ou d'un départ à l'étranger (Angleterre), je le ferais sans hésiter ».

« Je suis installé depuis 35 ans j'ai honte de ce qu'est devenu le plus beau métier du monde, il m'a permis d'élever mes trois enfants, maintenant je crois que ce serait impossible ».

« Après 1 an de recul je ne regrette pas mon choix libre certes concilier vie familiale et professionnelle n'est pas facile, il faut beaucoup d'organisation mais pour 80% des patients cela vaut la peine »

« Que les médecins généralistes n'attendent pas de miracles ! A nous d'organiser notre vie professionnelle en fonction de notre vie privée. Après 55h de travail, je ferme le cabinet sans scrupules. J'ai définitivement arrêté de culpabiliser, jamais plus, je ne ferais de gardes de

nuit, par exemple, même si on triple les prix, l'argent n'intéresse vraiment plus la majorité des médecins. Il faut : que nos revenus puissent faire embaucher une secrétaire au cabinet et valoriser l'acte intellectuel au temps passé ».

A la lecture de ces verbatim, la vie privée est mise en balance avec une capacité individuelle à articuler les sphères privées et professionnelles, de disponibilité aux patients. D'ailleurs, Dumesnil, Saliba-Serre, Régi, Leopold et Verger (2009, p. 361-361), à partir des réponses collectées auprès de 511 médecins, ont effectué des régressions multiples visant à identifier les facteurs associés aux trois dimensions de l'EP. Leurs résultats mettent en évidence « que les conflits entre vie professionnelle et vie privée sont associées à un score d'épuisement émotionnel élevé » ce qui conforte le modèle de l'interférence travail-maison de Demerouti, Bakker, Bulters (2004) et Peeters, Montgomery, Bakker, Schaufeli (2005) selon lequel le travail exercerait une influence sur la vie familiale et réciproquement. Les auteurs font l'hypothèse, en se référant aux travaux de Lourel et Mabire (2008) sur une autre profession (éleveurs laitiers), que les conflits entre vie professionnelle et vie privée ont une influence sur le niveau l'EP. L'association observée entre le fait de vivre en couple et le faible score d'accomplissement personnel est expliquée par l'insatisfaction (mesurée dans une étude publiée dans le Journal du Médecin, 2001, cité par Dumesnil et al., 2009, p. 362) par rapport au temps consacré au/à la conjoint-e ou aux enfants.

Difficultés à évaluer l'allocation du temps chez les médecins

Le Feuvre et Lapeyre (2013) ont mis en évidence de grandes différences rhétoriques et sémantiques entre les entretiens sur leur temps de travail des médecins, selon qu'ils sont de sexe féminin ou masculin⁵. En effet, les auteures ont constaté que les recherches sur l'articulation travail/famille portent en fait sur le « temps vécu » et le rapport subjectif

⁵ Le corpus sur lequel se fonde la réflexion des auteures compte « plus de 200 entretiens biographiques accumulés au fil de trois vagues d'enquêtes » sur une période de près de 20 ans (Le Feuvre et Lapeyre, p. 75).

entretenu par l'individu avec son activité professionnelle (Le Feuvre et Lapeyre, 2013, p. 78), et ce malgré la clarté apparente des enquêtes quantitatives (Ibid, p. 76). Ainsi, malgré un « rapprochement significatif des pratiques des médecins des deux sexes en matière de régulation du temps de travail (Lapeyre et Robelet, 2007), les médecins tiennent des discours radicalement différenciés quant à leurs objectifs d'équilibrage des temps sociaux, en fonction de leurs appartenances sexuées » (Ibid, p. 78). En termes de pratiques d'aménagement du temps de travail, Lefeuvre et Lapeyre (2013, p. 89-88) ont montré que, indépendamment de leurs pratiques réelles en la matière pour « raisons familiales », les femmes médecins « bénéficient d'une légitimité immédiate », « se voient relativement facilement accorder le droit de modifier leurs horaires de travail en fonction de leurs calendriers domestiques », et « n'éprouvent aucune difficulté particulière quant à la mise en œuvre des aménagements souhaités ». De ce fait, elles ont tendance à convoquer la préoccupation de préservation de l'équilibre de la vie familiale comme justification de leurs choix en matière de temporalités professionnelles, et à passer sous silence, au cours de l'entretien formel du moins (Ibid p. 87 pour les exemples d'activités évoquées hors enregistrement), le « temps pour soi » qu'elles arrivent à s'octroyer. De leur côté, les hommes médecins présentent le temps dégagé comme leur permettant « d'améliorer leurs performances professionnelles, de les rendre plus « efficaces » à l'égard des patients ou employeurs, renvoyant à un « équilibre » beaucoup plus individuel que celui évoqué par la plupart de leurs consœurs » (p. 84), qui quand elles reconnaissent un « déséquilibre » des temps, font elles « presque toujours » référence à la vie familiale et au temps disponible pour les enfants, et « plus rarement » pour le conjoint ou les amis (Ibid). On comprend que le temps pour soi est absent des discours de ces femmes, et les auteures précisent que « dans ce cas, les propos sont extrêmement émotifs, traduisant une souffrance profonde, voire un véritable « mal-être » au travail ».

Elles concluent sur l'importance de prendre en compte le risque encouru par les chercheurs

« à produire un effet de « miroir grossissant » à propos des spécificités sexuées en matière d'articulation travail/famille » quelque soit le groupe professionnel. A conditions de travail comparables, la réalité des choix des individus en termes d'organisation du travail est donc difficile à appréhender par le discours des intéressés.

Conclusion

« Le profond malaise des médecins généralistes est réel [...] : attractivité importante des spécialistes, notamment dans les grandes villes, baisse du nombre de médecins entraînant une pénurie de remplaçants et de successeurs, des déserts médicaux et une surcharge d'activité pour les médecins restants, relation distante, voire inexistante, avec les médecins hospitaliers [...]. Contrairement à leurs prédécesseurs, [les médecins] ne veulent plus tout sacrifier et notamment leur santé (la longévité des médecins n'est pas élevée), et souhaitent avoir une vraie vie de famille, des loisirs et pourquoi pas, pour certains, un engagement dans la vie publique. » Ces propos ont été recueillis par deux journalistes, Paule Masson et Alain Raynal, auprès d'un médecin généraliste, il y a plus de dix ans (cités par Jaisson, 2002, p. 34).

La tendance à la diminution observée conjointement de la proportion des MG par rapport aux spécialistes et des MGL par rapport aux médecins salariés invite à chercher à identifier les facteurs explicatifs de ce phénomène qui est associé à une désertification médicale de certains territoires. Nous avons vu que l'importante prévalence de la dépression ou de l'épuisement professionnel chez les médecins a été observée de longue date. Une prise de conscience semble marquer le début des années 2000 (nombreuses publications francophones et anglo-saxonnes entre 2000-2007) et de nombreuses études ont permis de mettre en évidence des liens entre l'épuisement professionnel des MGL et, notamment, l'isolement, la surcharge de travail et les difficultés à articuler vies professionnelle et privée.

Les pouvoirs publics ont pris récemment des mesures visant à infléchir la tendance mais, au

regard des connaissances recensées, la question de l'efficacité de ces mesures peut être posée.

Le premier bilan du plan d'actions contre les déserts du ministère de la santé⁶ du « pacte territoire-santé » comporte parmi ces trois objectifs la transformation des conditions d'exercice des professionnels de santé et notamment le développement du travail en équipe dans des structures d'exercice collectif (engagement 5⁷). Les mesures prises commencent à porter leur fruit avec une forte augmentation des maisons de santé (370 maisons de santé pluri-professionnelles libérales en février 2014 contre 235 en janvier 2012⁸) mais aussi par le développement d'alternatives à l'exercice en libéral telles que les centres de santé. Le rapport de Philippe Georges et Cécile Waquet pour l'inspection générale des affaires sociales (IGAS) de juillet 2013 avaient en effet plaidé pour le développement de l'exercice collectif regroupé pluri-professionnel en démontrant l'attrait du salariat (IGAS, 2013, p. 58-59), la pertinence d'une telle organisation des soins au regard de la transition épidémiologique (Ibid, p. 59-60), et en se référant aux expériences scandinaves et anglo-saxonnes qui ont mis en évidence « *l'intérêt d'un renforcement des soins primaires* » par un tel exercice « *qui permettrait de réduire le recours à l'hôpital, garantissant une meilleure efficience de l'offre de soins* » (Ibid, p. 56).

Cette voie pourrait être plus prometteuse que d'autres mesures prises par le gouvernement pour favoriser l'installation des praticiens dans les déserts médicaux tels que les « contrats d'engagement de service public » proposés aux étudiants et aux internes en médecine ou que les contrats de praticiens territoriaux de médecine générale (PTMG).

Les premiers relèvent d'un dispositif qui leur permettra de percevoir pendant leurs études une allocation mensuelle de 1 200 euros bruts. En contrepartie, ils s'engagent à exercer dans des

⁶ <http://www.sante.gouv.fr/le-pacte-territoire-sante-pour-lutter-contre-les-deserts-medicaux,12793.html>

⁷ http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Pacte_territoire_sante_-_PTS_-_brochure_bilan_-_fevrier_2014.pdf

⁸ <http://www.sante.gouv.fr/les-maisons-de-sante.html>

territoires identifiés comme fragiles par les agences régionales de santé (ARS) pendant autant d'années qu'ils ont perçu l'allocation. Ces mesures incitatives ont été votées dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2013. Les secondes constituent l'une des mesures phares du plan de lutte contre les déserts médicaux annoncé en décembre 2012 par la ministre de la Santé qui se déploie progressivement sous la conduite des ARS. Il s'agit d'offrir à de jeunes MG s'installant dans des zones qui se caractérisent « par une offre médicale insuffisante ou des difficultés dans l'accès aux soins » un complément de revenus, de manière à leur garantir un revenu net mensuel de 3 640 euros pendant deux ans, assorti d'avantages en matière de protection sociale. En retour, les bénéficiaires devront respecter « les tarifs opposables et participer à la permanence de soins ambulatoires ».

Mais ces mesures ne risquent-elles pas d'être contreproductives si d'autres viennent concomitamment décourager l'exercice en libéral ? Ainsi, la généralisation du tiers payant d'ici 2017, prévu par le projet de loi santé présenté en Conseil des Ministres le 19 juin 2014, est perçue comme un risque d'accroissement des lourdeurs administratives et donc de la charge de travail des libéraux, incité à se tourner vers le salariat, auprès des mutuelles par exemple⁹. La montée des oppositions à ce projet de loi à la rentrée 2014¹⁰ suggère la nécessité d'une large concertation dans le monde médical, et notamment des MGL.

Références

Aynaud, O. et Picard, D., 2011, Le statut de médecin par rapport aux autres professions libérales, *Revue française des affaires sociales*, 2011/2, N°2-3, p. 311-321

Bacharach, S.B., Bamberger, P. & Conley, S., 1991, Work-Home conflict among nurses and

⁹ <http://www.lequotidiendumedecin.fr/actualite/securite-sociale/tiers-payant-generalise-ce-qui-met-les-medecins-en-rogne>

¹⁰ <http://www.lequotidiendumedecin.fr/actualite/convention/le-sml-appelle-denoncer-la-convention-medicale-pour-contrer-le-projet-de-loi-de>, <http://www.lefigaro.fr/conjoncture/2014/09/19/20002-20140919ARTFIG00008-les-medecins-rejettent-la-politique-de-sante-de-touraine.php>, http://www.liberation.fr/politiques/2014/09/21/sante-le-monde-medical-multiple-recriminations-et-appels-a-la-mobilisation_1105311

engineers: mediating the impact of role stress on burnout and satisfaction at work, *Journal of Organizational Behavior*, 12, 39-53.

Barnay, T., Hartmann, L. et Ulmann, P., 2007, Réforme du « médecin traitant » et nouveaux enjeux de la médecine de ville en France, *Revue française des affaires sociales*, 2007/1 n°1, p. 109-126

Bloy, G., 2011, Comment peut-on devenir généraliste aujourd'hui ? Le renouvellement des médecins généralistes vu à travers une cohorte de jeunes diplômés, *Revue française des affaires sociales*, 2011/2, N°2-3, p. 9-28

Bloy, G. et Schweyer, F.-X., 2010. *Singuliers généralistes. Sociologie de la médecine générale*, Presses de l'EHESP, 2010

Bobillier Chaumon, M.-E., 2012, Nomadisme et dépendance, des pratiques professionnelles reconfigurées, CFDT Cadres N°448

Bui Dang Ha, D., Lévy, D., Teitelbaum J., Allemand, H., Pavot, J., 2007, Les professions libérales et la création d'emploi, *Cahiers de sociologie et de démographie médicale*, XXXXVIIème année, n°1, janvier-mars

Bui Dang Ha, D., Lévy, D., Teitelbaum, J., Allemand, H., 2009, «Les médecins libéraux en France : opinions à propos de leur exercice professionnel», *Cahiers de sociologie et de démographie médicales*, XXXXIXème année, no 1, janvier-mars

Canouï, P. (2002), La relation d'aide : une profession à risques ?, *Revue de psychologie de la motivation*, N°34, p. 93-99.

Cathébras, P., Begon, A., Laporte, S., Bois, C., Truchot, D., 2004, Epuisement professionnel chez les médecins généralistes, *La Presse Médicale*, 33(22), p. 1569-1574

Center, C., Davis, M., Detre, T. Ford, DE., Hansbrough, W., Hendin, H., Laszlo, J., Litts, DA., Mann, J., Mansky, PA., Michels, R., Miles, SH., Proujansky, R., Reynolds, CF. 3rd, Silverman, MM., 2003, Consensus Statement Confronting Depression and Suicide in Physicians , Journal of the American Medical Association (JAMA). 289(23): 3161-3166 ;
 Texte complet sous pdf : via researchgate.net

Chocard, A.S., Juan, E., 2007, La Lettre du psychiatre, vol. 3, n° 1-2 (16)

Conseil national de l'ordre des médecins, 2012, Atlas de la démographie médicale, http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas2012_tome1.pdf

Conseil national de l'ordre des médecins, 2014, Huitième atlas national de la démographie médicale, http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_2014.pdf

Crompton, R., Lyonnette, C., 2006, Work-Life 'Balance' in Europe , *Acta sociological*, Vol. 49, n°4, p. 379-393

Drees, 2011. *Les médecins*, n°28, n°152

Dumesnil, H., Saliba-Serre, B., Régi, J-C., Leopold, Y., Verger, P., 2009, Epuisement professionnel chez les médecins généralistes de ville: prévalence et déterminants, *Santé Publique*, Vol.(21)4, p. 355-364

Duxbury, L., Higgins, C. & Johnson, K.L., 1999, Un examen des répercussions et des coûts du conflit travail-famille au Canada, *Rapport de l'Agence de Santé Publique du Canada*.

Esterle, L., Mathieu-Fritz, A., Espinoza, P., 2011, L'impact des consultations à distance sur les pratiques médicales. Vers un nouveau métier de médecin ?, *Revue française des affaires sociales*, 2011/2, N°2-3, p.63-79

Frank, E, Biola, H, Burnett, CA., 2000, Mortality rates and causes among US physicians .

Am J Prev Med 2000, 19 :155-159

Frone, M.R., Russell, M. & Cooper, L.M., 1992, Antecedents and Outcomes of Work-Family Conflict: Testing a Model of the Work-Family Interface, *Journal of Applied Psychology*, 77 (1), 65–78.

Fusulier, B., Sanchez, E., Ballatore, M. 2013, Appartenance professionnelle et articulation travail/famille. Comparaison de deux groupes professionnels: les infirmières et les policiers, *Enfances, Familles, Générations*, N°18

Galam, E. 2007a, Burnout des médecins libéraux, Deuxième partie : une identité professionnelle remise en question, *Médecine*. Volume 3(10), 474-7, http://www.jle.com/e-docs/00/04/38/BA/vers_alt/VersionPDF.pdf

Galam, E., 2007b, L'épuisement professionnel des médecins libéraux franciliens : Témoignages, Analyses, Perspectives, *Rapport de la Commission Prévention et Santé Publique de l'Union régionale des Médecins Libéraux d'Île de France*

Garner, H., Méda, D. & Sénik, C., 2004, La difficile conciliation entre vie professionnelle et vie familiale, *Premières Synthèses*, DARES, n°50.3

Grignon, M., 2011, Note de lecture « Singuliers généralistes. Sociologie de la médecine générale, sous la direction de Géraldine Bloy et François-Xavier Schweyer, Presses de l'EHESP, 2010, *Revue française des affaires sociales*, 2011/, n°2-3, p. 49-62

Gross, CP., Mead, LA., Ford, DE., Klag, MJ., 2000, Physician, heal thyself? Regular source of care and use of preventive health services among physicians. *Arch Intern Med*. Nov 27 2000 ; 160(21) : 3209-14.

IGAS, 2013, Les centres de santé : Situation économique et place dans l'offre de soins e

demain, Rapport établi par Philippe Georges et Cécile Waquet, avec la collaboration de Juliette Part, Juillet, 2013, RM2013-119P, 138p.

Herzlich, C., 1985, Du symptôme organique à la norme sociale : des médecins dans un “groupe Balint”, *Sciences sociales et santé*, Vol. 2, N°1, pp. 11-31

Jagu, D., 1962, Le médecin, canal d’informations, *Les Cahiers de la publicité*, N°2, pp. 95-118

Jaisson, M., 2002, L’honneur perdu du généraliste, *Actes de la recherche en sciences sociales*, 2002/3, N°43, p. 31-35

Holmes, VF., Rich, CL., 1990 Suicide among physicians. In : Blumenthal S., Kupfer D., eds., *Suicide Over the Life Cycle : Risk Factors, Assessment, and Treatment of Suicidal Patients*. Washington, DC : American Psychiatric Press Inc., 1990 599 :615

Jünger, E., 1978. *La mobilisation totale*, 1^{ère} édition 1930, traduction in « le soldat du travail », revue *Recherches*, n°32, septembre.

Kilic, S., 2010, Quelles pratiques d’harmonisation vie privée-vie professionnelle pour quelles attentes des salaries ?, *Actes du 21^{ème} Congrès de l’AGRH* à Saint Malo

Koleck, M., Bruchon-Schweitzer, M., Thiébaut, E., Dumartin, N., & Sifakis, Y., 2000, Job stress, coping and burnout among French general practitioners, *European Review of Applied Psychology*, 50(3), 309-314.

Lapeyre, N., Robelet, M., 2007, Les mutations des modes d’organisation du travail au regard de la féminisation. L’expérience des jeunes médecins généralistes, *Sociologies pratiques*, vol. 14, p. 19-30

Léopold, Y., 2003, *Les chiffres du suicide chez les médecins*. Rapport au Conseil National

Ordre des Médecins.

Lévy, D., 2011, Le métier de médecin aujourd'hui, *Revue française des affaires sociales*, 2011/2, N°2-3, p. 297-309

Lissandre, S., Abbey-Huguenin, H., Bonnin-Scaon, S., Arsene, O., Colombat P., 2008, Facteurs associés au burnout chez les soignants en oncohématologie, *Oncologie*, Vol. 10, N°2, p. 116-124

Le Feuvre, N. et Lapeyre, N., 2013, L'analyse de l'articulation des temps de vie au sein de la profession médicale en France : révélateur ou miroir grossissant des spécificités sexuées, *Enfances, Familles, Générations*, N°18

Loriol, M., 1999, Médecins en uniforme et uniformité de la médecine : carrière et identité du médecin des armées, *Sciences sociales et santé*, Vol. 17, N°1, pp. 5-34

Mallet, D., Herbaut, A., Soyez, S., Delerue, M., Chekroud, H., Jacquemin, D., 2002, Société, médecine et souffrance des soignants, *Press Med*, 31 :1206-10

Maslach, C., 1982, *Burn out: the cost of caring*, Englewood Cliffs: NJ: Prentice-Hall.

McMurray, J.E., Linzer, M., Konrad, T.R., Douglas, J., Shugerman, R., Nelson, K. (2000), The work lives of women physicians, *J Gen Intern Med* ; 15(6) : 372-80

Moisson, V., Fuhrer, C. & Cucchi, A., 2010, Les déterminants du stress et de l'épuisement professionnel : le rôle de l'environnement relationnel, *Actes du 21ème Congrès de l'AGRH à Saint Malo*

Paraponaris, A., Ventelou, B. et Verger, P., 2011, La médecine générale vue par les médecins généralistes libéraux, *Revue française des affaires sociales*, 2011/2, N°2-3, p. 29-47

Peeters, MC., Montgomery, JE., Bakker, AB., Schaufeli, WB., 2005, Balancing work and

home: how job and home demands are related to burnout, *International Journal of Stress Management*, Vol.12 , p.43-61

Pines, A. & Maslach, C., 1978, Characteristics of Staff Burnout in Mental Health Settings, *Hosp Community Psychiatry*, 29, p.233-237, April 1978

Rhnima, A. et Guérin G., 2002, Evaluation de l'efficacité du soutien du conjoint dans un contexte de conflits travail- famille, *Actes du 39^{ème} Congrès de l'ACRI*, Toronto/Ontario.

Simon, G.E. & VonKorff, M., 1995, Recognition, management and outcome of depression primary care, *Arch Fam Med*, 4:99-105

Silverman M., 2000, Physicians and suicide. In : Goldman LS, Myers, M., Dicksetein LJ., eds. *The Handbook of Physicians Health : Essential Guide to Understanding the Health Care Needs of Physicians*. Chicago, III : American Medical Association, 2000

St-Onge, S., Renaud, S., Guérin, G. & Caussignac, E., 2002, Vérification d'un modèle structurel à l'égard du conflit travail-famille, *Relations Industrielles*, 57 (3), p.491-516

Steudler, F., 1973, L'évolution de la profession médicale : essai d'analyse sociologique *Cahiers de sociologie et de démographies médicales*, XIIIème, n°2, avril-juin

Vézina, M., Cousineau, M., Mergler, D., Vinet A., Laurendeau , M.-C, 1992. *Pour donner un sens au travail : bilan et orientations du Québec en santé mentale au travail*, Gaétan Morin Editeur, Boucherville.

Young, A.S., Klap, R., Sherboune, C.D., Wells, K.B., 2001, *The quality of care for depressive and anxiety disorders in the United States*, *Arch Gen Psychiatry*, 58(1) :55-61